

THESIS

MÜNICH

1968

Aus dem Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie
der Universität München

Direktor: Professor Dr. H. v. Braunbehrens

**DIE REHABILITATION,
EINE BEGRIFFSBESTIMMUNG IM DEUTSCHEN,
ENGLISCHEN UND FRANZÖSISCHEN SPRACHBEREICH**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

LANE MEDICAL LIBRARY
STANFORD UNIVERSITY
MEDICAL CENTER
STANFORD, CALIF. 94305

vorgelegt von

Herbert Gruhl

aus Heidelberg

München 1968

**Aus dem Institut für Medizinische Balneologie und Klimatologie
der Universität München**

Direktor: Professor Dr. H. v. Braunbehrens

**DIE REHABILITATION,
EINE BEGRIFFSBESTIMMUNG IM DEUTSCHEN,
ENGLISCHEN UND FRANZÖSISCHEN SPRACHBEREICH**

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

verfaßt und der

Hohen Medizinischen Fakultät

der

Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Herbert Gruhl

aus Heidelberg

München 1968

Referent: Priv. Doz. Dr.med. H. Drexel

Korreferent: Prof. Dr.med. H. von Braunbehrens

Dekan: Prof. Dr.med. Fr. Holle

Tag der Promotion: 12. 3. 67

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der
Universität München

INHALTSVERZEICHNIS

	Seite
I. EINLEITUNG	1
II. REHABILITATION IM DEUTSCHEN SPRACHBEREICH	2
1. Entwicklung bis 1945	2
2. Entwicklung seit 1945	6
3. Abgrenzung der Rehabilitation gegen die Therapie	17
4. Zusammenfassung	18
III. REHABILITATION IM ENGLISCHEN SPRACHBEREICH	20
1. Einleitung	20
2. Gesetzesgrundlagen der Rehabilitation	21
3. Vorwiegend sozial-fürsorgerische Definition	24
4. Vorwiegend medizinische Definition	27
5. Zusammenfassung	31
IV. REHABILITATION IM FRANZÖSISCHEN SPRACHBEREICH	32
1. Vorbemerkung	32
2. Entwicklung bis 1939	33
3. Entwicklung seit 1945	36
4. Zusammenfassung	47
V. VERGLEICHENDE WERTUNG DES DEUTSCHEN, ANGLOAMERIKANISCHEN UND FRANZÖSISCHEN REHABILITATIONSBEGRIFFES	48
VI. LITERATURVERZEICHNIS	50

Digitized by the Internet Archive
in 2026

I. EINLEITUNG

In den vergangenen Jahren wurde in der Öffentlichkeit und in fachlich daran interessierten Kreisen viel über die Rehabilitation gesprochen. Es entstanden einige Gesetze, welche die Zahl derer, die ein Recht auf Rehabilitation haben, immer mehr erweiterten. Diese Gesetze bauen auf den Erfahrungen der Sozialversicherung, insbesondere der Unfallversicherung, und auf den Erkenntnissen aus den beiden letzten Kriegen mit ihrer großen Zahl der Kriegsversehrten auf. Außerdem ist seit dem Ende des zweiten Weltkrieges die Zahl der Behinderten infolge von Verkehrsunfällen laufend angestiegen, wodurch sich erhebliche Probleme in medizinischer, sozialer und beruflicher Hinsicht stellten. In der Unfallversicherung entstand der Begriff der Rehabilitation als Bezeichnung aller Maßnahmen, die der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben dienen. Die Rehabilitation ist das Fach der Medizin, welches aufbauend auf den Erfahrungen und Methoden der gesamten Medizin die bestmögliche Verbindung aller im Einzelfall in Betracht kommenden ärztlichen, pflegerischen, fürsorgerischen und sozialen Maßnahmen darstellt. Bei der Diskussion über die Rehabilitation wurde leider deutlich, daß viele an der Rehabilitation interessiert sind, daß aber über den Inhalt des Begriffes keine einheitliche Auffassung herrscht. Wir beschlossen deshalb, eine Zusammenstellung sämtlicher gebrauchten Definitionen im deutschen, englischen und französischen Sprachbereich vorzunehmen und zu versuchen, eine allgemein annehmbare Begriffsbestimmung der Rehabilitation herauszuarbeiten.

II. REHABILITATION IM DEUTSCHEN SPRACHBEREICH

1. Entwicklung bis 1945

Der Gedanke der Rehabilitation ist schon wesentlich älter als die Verwendung dieses Begriffes im deutschen Sprachgebrauch. Schon im Jahre 1816 gründete der Würzburger Instrumentenmacher Johann Georg HEINE die erste orthopädische Heilanstalt für Gelähmte und Amputierte. 1832 folgte ihm in München der Konservator Johann Nepomuk von KURZ, der die "Technische Industrieanstalt für krüppelhafte Kinder" ins Leben rief, die, nach einer zwischenzeitig erfolgten Umbenennung in "Handwerkerschule für krüppelhafte Kinder", 1844 verstaatlicht wurde und heute noch fortbesteht in der "Staatlichen Landesanstalt für krüppelhafte Kinder" in München-Harlaching. Diese Anstalt war kein reines Asyl mehr, sondern für eine Eingliederung in das Erwerbsleben wurde durch Unterricht und gewerbliche Ausbildung der Kinder gesorgt. In den folgenden Jahren entstanden in Süddeutschland noch einige Krüppelheime, darunter auch ein ärztlich geleitetes. 1886 wurde durch Pastor HOPPE dem Oberlinhaus in Nowawes bei Berlin ein Krüppelheim mit Erziehungs-, Heil- und Pflegeanstalt angegliedert. Die Innere Mission gründete in der Folge noch weitere derartige Heime in Norddeutschland.

Im ärztlichen Sprachgebrauch wie in der Literatur taucht im Jahre 1844 der Begriff der Rehabilitation zum ersten Male auf. Der badische Hofrat Ritter von BUSS schreibt in seinem Buch: "System der gesamten Krankenpflege nach den Werken des R. von Girardo und nach eigenen Ansichten" folgendes:

"...Vielmehr soll der heilbare Kranke vollkommen rehabilitiert werden, er soll sich zu der Stellung wieder erheben, von welcher er herabgestiegen war, er soll das Gefühl seiner persönlichen Würde wieder gewinnen und mit ihm ein neues Leben". Das heißt, daß von BUSS schon dieselben sozialen Vorstellungen im Bezug auf die Wiedereingliederung hatte, wie wir sie heutzutage haben.

Abgesehen von dem einen oben erwähnten ärztlich geleiteten Krüppelheim geschah von dieser Seite her lange nichts. Erst 1915 wurden in Wien von SPITZY das orthopädische Spital und die Invalidenschule errichtet, worin die Versehrten in ärztlicher, sozialer und wirtschaftlicher Hinsicht versorgt wurden. Die Amputierten erhielten aus eigenen Werkstätten Prothesen und wurden schließlich in den Arbeitsprozess eingegliedert. MÜLLER schrieb damals: "Früher war die Arbeit des Arztes mit der Heilung der Wunde oder des Knochenbruches in der Hauptsache abgeschlossen. Jetzt dagegen sieht der Arzt als seine Hauptaufgabe nicht nur die Wunde zu heilen, sondern auch das verletzte Glied oder, wenn es sich um einen teilweisen Verlust desselben handelt, den übriggebliebenen Rest in einen für die Arbeit möglichst günstigen Zustand zu bringen, und, wo das ganze Glied verloren ist, in Zusammenarbeit mit dem Mechaniker einen möglichst brauchbaren Ersatz zu schaffen".

1937 wies HOPMANN darauf hin, daß bei der Behandlung von Unfallverletzten Wert darauf zu legen sei, daß die Wiederherstellung Unfallverletzter zu bestmöglicher Leistungskraft nur dann gelinge, wenn die Spätfolgen des Unfallgeschehens mitbehandelt würden. Er bezog das nicht nur auf

die direkten Unfallfolgen, sondern auch auf die Behinderungen, die durch die Behandlungsart (z.B. durch Ruhigstellen von verletzten Gelenken) bedingt seien. Außerdem betonte er die psychische Komponente der Nachbehandlung. Dem Patienten müsse neuer Lebensmut gegeben werden. Bei HOPMANN ist dem medizinischen Teil der Rehabilitation der überragende Rang eingeräumt. 1938 wies KÖHLER darauf hin, daß die aktive Mitarbeit des Patienten von hervorragender Bedeutung sei. Außerdem lenkte er das Augenmerk auf die nachgehende Fürsorge. Mit ersterer stehe und falle der Therapieerfolg. GEBHARD ging 1942 genau auf die sozialen und beruflichen Aspekte ein. So forderte er, daß Fragen der Zukunft wie Versorgung der Familie, der späteren Beschäftigung des Verletzten usw. in einem für den Behinderten positiven Sinne geklärt sein müßten, da bei negativem Ausfall der Antwort die Gesundheit wesentlich beeinträchtigt werden könne. Außerdem postulierte er, daß die Nachbehandlung schon am Krankenbett beginnen solle. Und zwar solle das gesunde Glied aktiv bewegt und geübt werden zur Verhinderung von Dystrophien und Versteifungen, das verletzte Glied dann direkt nach Abheilung der akuten Unfallfolgen. Der Arzt möge darauf sehen, daß der Allgemeinzustand und die Lebensfreude gehoben würden. Das heißt, daß GEBHARD genau wußte, daß ohne eine positive Einstellung des Behinderten gegenüber den Rehabilitationsmaßnahmen diese erfolglos bleiben müssen, und daß ein sorgenfreier Patient viel eher willig und fähig ist, aktiv an seiner Heilung mitzuarbeiten. Trotzdem hatte auch er noch nicht an einen derartig weit gespannten Begriffsinhalt der Rehabilitation gedacht, wie wir ihn heute haben.

Vom Gesetzgeber wurde erstmals 1858 durch einen Runderlass des preussischen Ministers für Medizinalangelegenheiten und des Inneren die Einrichtung von Heil- und Pflegeheimen für blödsinnige Kinder und Kretinen, die keine anderweitige Versorgung erhielten, empfohlen. In diesen Heimen sollten sie systematische Bildung erhalten, um aus den noch bildungsfähigen brauchbare Mitglieder der menschlichen Gesellschaft zu machen. Die invaliden Soldaten versorgte man insofern, als man ihnen eine kleine Rente oder eventuell einen Posten als Hausdiener gewährte. Erst im Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz von 1889 erkannte man den Wert der Maßnahmen zur Verhütung vorzeitiger Invalidität und zur Behebung bereits eingetretener Invalidität an. Während des ersten Weltkrieges wurden seitens der Reichsregierung Maßnahmen getroffen, um die Kriegsversehrten wieder arbeitsfähig zu machen und dadurch der Industrie wieder neue Arbeitskräfte zuzuführen. Jedoch waren diese ganzen Maßnahmen freiwillige Leistungen. Sie vollzogen sich als ein "außerhalb der gesetzlichen Versorgungsleistungen wahrzunehmendes freies Liebeswerk". Die Erfahrungen, die man während des ersten Weltkrieges und zum Teil auch schon vorher hatte sammeln können, schlugen sich nieder in den preussischen Krüppelfürsorgegesetz vom 6.5.1920, das ganz entscheidende Fortschritte mit sich brachte. So wurde zum Beispiel neben Kur und Pflege erstmals auch die Erwerbsbefähigung im Gesetz verankert. Große Teile davon wurden in die Verordnung über Fürsorgepflicht (1924) und in die Versorgungsbestimmungen des dritten Reiches übernommen. Allerdings hatte ein Versicherter keinen Anspruch auf soziale und berufliche Rehabilitationsmaßnahmen, sondern diese waren laut Paragraph 1310 RVO u.a. reine Kann-Maßnahmen.

2. Entwicklung seit 1945

Bei vielen Autoren liegt das Hauptgewicht auf dem beruflich-sozialen Anteil der Rehabilitation. So umfaßt sie laut HOPMAN (1962) sämtliche Maßnahmen, die der Wiedererlangung der bestmöglichen Leistungskraft dienen. EHALT und WALTHER wollen mit der Rehabilitation den Verletzten wieder unabhängig, selbständig und arbeitsfähig machen, und ihn an eine entsprechende Arbeitsstätte bringen. DYBOWSKI sieht die Rehabilitation als die Wiederherstellung der Harmonie zwischen Mensch, Beruf und sozialer Gemeinschaft. OETZMANN betrachtet sie als die Wiederherstellung der Lebenstüchtigkeit und Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess. Bei SWEED ist die Rehabilitation die Summe aller Hilfen und Maßnahmen, die erforderlich sind, um einen genesenen Kranken zurückzuführen in Lebens- und Arbeitsbedingungen, die seine wiedererworbene Gesundheit nicht gefährden und ihn erneut zu gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Unabhängigkeit verhelfen. HITTMAIER schreibt: "Die Rehabilitation will aus dem erwerbsunfähigen Almosen- und Rentenempfänger ein möglichst vollwertiges Mitglied der menschlichen Gesellschaft machen, das für sich und seine Familie wieder weitgehend selbst sorgen kann. Daß damit aus dem mieselsüchtigen, vegetierenden Kranken wieder ein froher, arbeitsamer, lebendiger Mensch wird, versteht sich von selbst.

Das Internationale Arbeitsamt definierte die Rehabilitation folgendermaßen: "Rehabilitation ist die Wiederherstellung Körperbehinderter bis zum höchstmöglichen Grad ihrer Fähigkeiten in körperlicher, geistiger, sozialer, beruflicher und wirtschaftlicher Hinsicht".

Die Internationale Arbeitskonferenz empfahl die Rehabilitation als die Phase des fortlaufenden und aufeinander abgestimmten Verfahrens zur Eingliederung und Wiedereingliederung zu betrachten, während derer den Behinderten geeignete Einrichtungen zur Verfügung stehen, die es ihnen ermöglichen, eine passende Beschäftigung zu finden und beizubehalten. Dazu gehören vor allem Berufsberatung, Berufsausbildung und eine individuelle Arbeitsvermittlung.

Am weitesten in der Betonung des beruflich-sozialen Anteils der Rehabilitation geht HOLLMANN, indem er sagt: "Mit Rehabilitation ist eine Wiederherstellung gemeint weniger im biologischen Sinne als im sozialen, im Sinne gesellschaftlichen Verhaltens. Der Rehabilitierte soll wieder eine vollkommene soziale Stellung in der Gesellschaft erhalten. Dazu braucht er jedoch nicht wieder geheilt und nicht wieder gesund sein, er muß nur die Fähigkeit haben, ein vollwertiges Mitglied der sozialen Ordnung darzustellen".

Zu der obigen Definition wäre festzustellen, daß sie und die vorhergehenden alle mehr oder minder einseitig sind. Die Autoren werten die wirtschaftlichen und die damit verbundenen sozialen Faktoren so stark, daß der medizinische Anteil der Rehabilitation, das heißt die soweit als nur irgendmöglich gehende Herstellung oder Wiederherstellung des anatomisch-funktionellen Normalzustandes vernachlässigt wird. Besonders deutlich wird dies an der Begriffsbestimmung HOLLMANNs. Trotzdem darf man sie nicht völlig übergehen, da sie wertvolle Gesichtspunkte auf sozialem Gebiet enthalten.

MILARK stellte folgende Definition auf: "Rehabilitation ist alles, was zur Behandlung gehört, einschließlich ärztlicher, beruflicher und sozialer Aspekte. Die eigene aktive Leistung

des Patienten ist unerlässlich, das heißt, ein Gesundheitswille muß vorhanden sein, und nicht der Versicherte die soziale Leistungspflicht der Versicherungsträger ausnutzen wollen, insbesondere im Hinblick auf die finanziellen Leistungen". Damit hat er eines der wichtigsten Probleme der Rehabilitation angeschnitten, nämlich die Tatsache, daß nicht wenige Wiedereinzugliedernde sich gegen jene wehren, aus Angst, ihre Rente oder ihren Rentenanspruch zu verlieren. Es ist dann stets mit großen Anstrengungen seitens des Arztes verbunden, den Patienten dahin zu bringen, seinen Widerstand aufzugeben. Wenn die Rehabilitation erfolgreich abgeschlossen werden konnte, und die ehemaligen Patienten wieder völlig, oder soweit eben jeweils möglich, in jeglicher Beziehung wiederhergestellt sind, so wird im Allgemeinen nach den Angaben der einzelnen Autoren das stattgehabte Rehabilitationsverfahren nachträglich bejaht.

Bei einigen Autoren wurde der medizinische Anteil an der Rehabilitation zu hoch bewertet. So betrachtete HACKENBROCH Folgendes als die Grundlage der Rehabilitation: "In der Nachbehandlung muß die aktive Komponente vorherrschen, und der Gedanke einer funktionellen Anpassung muß das Leitmotiv aller Behandlungsmethoden sein. Dabei muß man stets im Auge behalten, daß Funktion und Organ sich gegenseitig beeinflussen, wie das auch WAGNER betont hat". VASTERLING verstand unter Rehabilitation die medizinische Wiederherstellung und in ganz beschränktem Maße auch die Wiedereingliederung. ZÜLCH hingegen sieht die Rehabilitation als die Summe aller ärztlichen, psychologischen, wirtschaftlichen und ökonomischen Maßnahmen, welche der Wiedereingliederung des Verletzten und Erkrankten dienen. Auch SCHINDL misst, ebenso wie BRAUN-BEHRENS der ärztlich-medizinischen Komponente genausoviel

Gewicht bei wie dem beruflich-sozialen Anteil. Nach DELIUS u.a. haben Rehabilitationsmaßnahmen das Ziel, Kranke für die Rückkehr in ein tätiges Leben mit Selbstverantwortung vorzubereiten. Die wichtigste Aufgabe bei der Rehabilitation ist es für ihn, in Übereinstimmung mit NATHUSIUS und vielen anderen Autoren, den Willen des Patienten wachzurufen an seiner Genesung mitzuarbeiten. BRAUNBEHRENS weist darauf hin, daß für die Rehabilitation vor allem eine Umstellung des Vegetativums und des Kreislaufes wichtig sei, ebenso wie eine Kräftigung aller Funktionen und Normalisierung, eine Beeinflussung der Konstitution im Sinne der verbesserten Widerstandsfähigkeit gegenüber Belastungen, Reizen und Infektionen. Die Funktionsfähigkeit des ganzen Organismus und der einzelnen Organe wird durch die Funktionsbeanspruchung gefördert, die eine systematisch aufgebaute Reizbelastung und Beanspruchung bedeutet.

HOCHREIN verwendet den Begriff der Rehabilitation im Sinne der allmählichen psychischen und physischen Wiederertüchtigung des Patienten unter Steigerung der eigenen Mitarbeit bis zum Erreichen eines neuen stabilen Leistungsniveaus. CHRISTIAN schreibt: "Die Frage lautet nicht mehr, was fehlt dem Patienten, sondern: was ist ihm an Leistungsfähigkeit noch geblieben und zu welcher sinnvollen Tätigkeit kann dieser Leistungsrest ausgenützt werden".

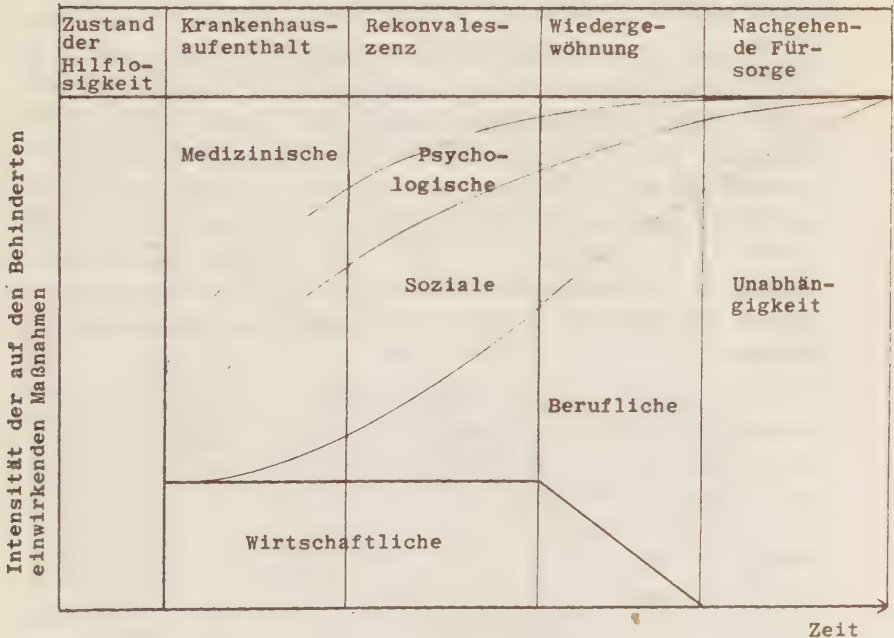
Aus sozialärztlicher Sicht ist die Rehabilitation das Bemühen, einen durch Unfall oder Krankheit funktionsuntüchtig gewordenen mit geeigneten Methoden gesundheitlich-funktionell wieder herzustellen, und falls erforderlich, auch beruflich und sozial wieder einzugliedern (DIERKES). HOSKE bestimmt den Begriff der Rehabilitation als die Wiederherstellung

der körperlichen Gesundheit und psychischen und sozialen Wiedereingliederung in den geordneten und adäquaten Lebens- und Tätigkeitsbereich, und als alle jene Maßnahmen, welche dem geschädigten Menschen helfen, mit dem Rest der ihm verbliebenen Möglichkeiten unter Einsatz eigenen Bemühens, die Bewältigung seiner Lebensaufgabe zu erreichen.

Der Ausschuss für Lebensertüchtigung der deutschen Zentrale für Volksgesundheitspflege definierte die Rehabilitation als "alle Maßnahmen, die außerhalb oder im Rahmen einer Heilbehandlung zur bestmöglichen Anpassung des Geschädigten mit der ihm verbliebenen oder wiedergewonnenen Leistungsfähigkeit an die Lebenserfordernisse beitragen mit dem Ziel, ihm eine sinnvolle Lebenserfüllung in Familie, Arbeit und Beruf zu ermöglichen".

Nach der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin besteht die Rehabilitation in der koordinierten ärztlichen, sozialen, wirtschaftlichen und psychologischen Wiedereingliederung des Patienten in seinen früheren Lebenskreis. Außerdem wird darauf hingewiesen, daß nicht nur der Patient sondern auch seine Familie während der ganzen Zeit bis zur Wiederherstellung zu betreuen ist. Laut BEHREND ist Rehabilitation die weitestgehende Wiederherstellung des Individuums durch stärkste Kraftanstrengung der Gruppenarbeit in einem Rehabilitationszentrum. Die gesamte Persönlichkeit des Patienten muß in den Rehabilitationsprozess eingeschaltet werden, d.h. die Gesamtperson muß einer detaillierten Analyse unterzogen werden unter Berücksichtigung ihrer psychologischen, häuslichen, wirtschaftlichen und beruflichen Situation. In seiner Genfer Empfehlung vom Juni 1955 gibt das Internationale Arbeitsamt folgende Definition: "Die Rehabilitation Behinderter beruht auf Maßnahmen ärztlicher, pädagogischer, sowie arbeits- und

beruffördernder Art. Sie sollen tunlichst koordiniert die Grundlage eines kontinuierlichen Prozesses der Rückführung oder Eingliederung in normale Lebens- und Arbeitsbedingungen bilden. Diese Maßnahmen sind auf den Einzelfall abzustellen; sie sollen im Behinderten und in seiner Familie den Willen zur Selbsthilfe und zur Mitwirkung am Rehabilitationsgeschehen wecken". In einer graphischen Darstellung nach MEYERINGH (abgeändert) kommen diese Stadien der Rehabilitation und das Ineinandergreifen der einzelnen Teile des Prozesses sehr gut zum Ausdruck:



Aus dem Zustand der Hilflosigkeit heraus setzen mit Ausnahme der beruflichen Maßnahmen, die erst etwas später von Bedeutung sind, medizinische, psychologische, soziale und wirtschaftliche Maßnahmen ein. Schon während des Krankenhausaufenthaltes und erst recht in der Rekonvaleszenz gewinnen die sozialen und beruflichen Anteile ziemlich an Bedeutung. Während in der Wiedergewöhnungsphase die bisher konstanten psychologischen und wirtschaftlichen Anteile und die soziale Komponente langsam in den Hintergrund treten, gewinnt die berufliche an überragender Bedeutung, um dann im letzten Abschnitt den ehemals Behinderten ins freie Leben zu entlassen unter der Obhut der nachgehenden Fürsorge.

Im gleichen Sinne äußert sich auch PAESLACK: Rehabilitation ist das Bemühen, einen durch Krankheit, äußere Einwirkung oder angeborene Behinderung geschädigten Mensch nicht nur aktuell zu behandeln oder symptomfrei zu machen, sondern ihn darüber hinaus durch umfassende Maßnahmen auf medizinischem, beruflich-schulischem und allgemein sozialem Gebiet in die Lage zu versetzen, eine Position, die seiner würdig ist, im privaten Leben, im Beruf und in der menschlichen Gesellschaft zu finden beziehungsweise wiederzuerlangen.

Während ursprünglich die Rehabilitation nur bei Personen angewandt wurde, welche ehemals physisch und psychisch vollkommen gesund und arbeitsfähig waren und dieses Stadium auch voll wieder erreichen konnten, hat im Laufe der Jahre der Begriff eine große Ausweitung erfahren. So umfasst die Rehabilitation heute auch alle diejenigen, welche noch nie arbeitsfähig waren, wie zum Beispiel Kinder mit Extremitätendysmelien usw. (GRIESHAMMER). Dafür beziehen andere

Autoren die Rehabilitation ausschließlich darauf, das heißt im Sinne der körperlichen Anpassung an den Defekt und Er-tüchtigung sowie der Ermöglichung einer weitgehend normalen Ausbildung und der sozialen Eingliederung von missgebildeten Kranken (STUTTE, HARBAUER).

STEINMANN dehnt die Anwendung des Begriffes der Rehabili-tation auch auf die Geriatrie aus. Er definiert sie fol-gendermaßen: als "Die Wiederherstellung einer möglichst normalen Tätigkeit und Lebensweise, unabhängig davon, wel-cher Art und wie groß die strukturellen Einbußen des Körpers sind, wobei selbstverständlich eine möglichst weitgehende anatomische Restitution allenfallsiger Gebrechen zu erfol-gen hat". Er fordert eine allgemeine Aktivierung der see-lischen und körperlichen Kräfte, um dem altersbedingten Ver-fall entgegenzuwirken und ein möglichst selbständiges Leben zu gewährleisten, z.B. durch zweckmäßige Unterkunft und Ernährung, persönliche Betreuung, Beschäftigung, um neue seelische Impulse zu erteilen und nicht zuletzt durch in-tensive psychische Beeinflussung.

Um der Unsicherheit bei der Definition auszuweichen, gingen einige Autoren dazu über, jeweils das das betreffende Stadium der Rehabilitation bezeichnende Adjektiv dem Begriff voraus-zuschicken. So zum Beispiel SCHWENKENBECHER, wenn er schreibt: "Noch während die medizinische Rehabilitation läuft, muß die berufliche mit der Einschulung bzw. Schul-unterricht für die Kinder oder Umschulung einsetzen und nach Abschluß des reinen Heilverfahrens die soziale mit Arbeits- und Wohnungsvermittlung, wenn irgend möglich auf dem gleichen sozialen Niveau wie vor der Erkrankung". Er weist darauf hin, daß es bei der beruflichen Rehabilitation nicht darauf ankommt, was ein Kranker verloren hat, sondern

welche Fähigkeiten ihm verblieben sind. Des weiteren kann der Weg der Rehabilitation nur erfolgreich sein, wenn der Patient sein Schicksal annimmt, um es zu überwinden. Auch BOCK nimmt die Trennung vor. Er versteht unter Rehabilitation die Wiedereingliederung nach erfolgter Genesung. Die Rehabilitation muß nach einem Programm erfolgen und den Wetteifer im stufenweisen Aufbau benutzen. Sie muß eine gesundheitliche, aber auch eine berufliche und soziale sein. Nach OETZMANN soll die Rehabilitation in beruflicher, sozialer und medizinischer Hinsicht unter aktiver Mitarbeit des Patienten erfolgen. Er unterteilt in die kleine Rehabilitation: der Patient wird aus dem Krankenhaus entlassen und ist soweit wieder hergestellt, daß er seinen Beruf wieder aufnehmen kann; und in die große: im Anschluß an die medizinische Behandlung muß der Patient umgeschult werden und in einem neuen Beruf eingesetzt werden. Der Mensch muß in seiner Gesamtpersönlichkeit erfasst, aktiviert und revitalisiert werden.

In Deutschland umschließt der Begriff der Rehabilitation oder Wiedereingliederung heute in der gesetzlichen Fixierung nicht nur die Besserung oder die Wiederherstellung körperlich oder geistig behinderter Personen, sondern auch die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit, wenn diese infolge von Krankheit oder anderen Gebrechen oder Schwäche ihrer körperlichen oder geistigen Kräfte gefährdet oder gemindert ist und voraussichtlich erhalten, gebessert oder wiederhergestellt werden kann (Paragraph 1236 ArVNG). Die im Zuge der Rehabilitation durchzuführenden Maßnahmen erstrecken sich auf Heilbehandlung, Berufsförderung, und soziale Betreuung (= Trias der Prävention und Rehabilitation). Die erforderlichen Heilmaßnahmen müssen alle auf den Menschen abgestimmt sein. Die Berufsförderung besteht in Unter-

stützung am alten Arbeitsplatz und / oder unter Umständen in Umschulung, die abgestimmt ist auf die Fähigkeiten, das körperliche Können und den Willen des zu Betreuenden zur Mitarbeit. Die soziale Betreuung umfasst alle sozialen und / oder wirtschaftlichen Hilfsmaßnahmen, die nötig sind, um den Erfolg obiger Maßnahmen zu sichern: Freisein von wirtschaftlichen Sorgen während der Umschulung durch Zahlung von Übergangsgeldern. In Paragraph 1237 Abs. 5 wird besonders die frühestmögliche Aufstellung eines Gesamtplanes sämtlicher durchzuführender Maßnahmen betont. Das BSHG geht sogar noch weiter. Laut Paragraph 39 Abs. 3 ist es die Aufgabe der Eingliederungshilfe für Körperbehinderte, eine drohende Behinderung zu verhüten oder eine vorhandene Behinderung oder deren Folgen zu beseitigen oder zu mildern und dabei dem Behinderten die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft zu ermöglichen oder zu erleichtern. Hierzu gehört vor allem, dem Behinderten die Ausübung eines angemessenen Berufs oder einer sonstigen angemessenen Tätigkeit zu ermöglichen, oder ihn wenigstens unabhängig von Pflege zu machen. Im BVG Paragraph 25 ist festgesetzt, daß sich die Kriegsopferfürsorge der Beschädigten und Hinterbliebenen in allen Lebenslagen anzunehmen hat und ihnen behilflich sein soll, die Folgen der erlittenen Schädigung des Ernährers nach Möglichkeit zu überwinden oder zu mildern. In der dazu gehörenden Verwaltungsvorschrift heißt es:

"Ist der Beschädigte wegen der Art und Schwere seines Leidens nicht mehr fähig in das Erwerbsleben eingegliedert zu werden, so ist ihm wenigstens eine angemessene Beschäftigung oder die Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben zu ermöglichen. Neben der wirtschaftlichen Hilfe soll sich

die Betreuung vor allem erstrecken auf die Arbeits- und Berufsfürsorge, die Erholungsfürsorge, Wohnungs- und Siedlungsfürsorge, und schließlich auf die nachgehende Fürsorge (Sicherung des Erfolges der Betreuungsmaßnahmen - Paragraph 26 -). Im Einzelnen heißt es unter Berufsfürsorge:

1. Der Geschädigte hat Anspruch auf alle Maßnahmen, die der Erlangung oder Wiedererlangung der beruflichen Leistungsfähigkeit dienen und ihn befähigen, sich am Arbeitsplatz und im Wettbewerb mit Nichtbeschädigten zu behaupten.
2. Die Maßnahmen können in beruflicher Fortbildung, Berufsausbildung oder Berufsumschulung bestehen. Sie müssen eine Wiedererlangung oder Besserung der beruflichen Leistungsfähigkeit erwarten lassen. Die Dauer der Maßnahmen soll die übliche Ausbildungszeit in der Regel nicht überschreiten.
3. Die Voraussetzung für die Einleitung arbeits- und / oder berufsfördernder Maßnahmen ist das Bestehen einer Schädigung, die die Ausübung der bisherigen oder angestrebten Berufsarbeit wesentlich beeinträchtigt oder die Erlernung eines neuen Berufes notwendig macht. Durch die Gewährung der Mittel für die vorgesehene Maßnahme und Sicherung des Lebensunterhaltes soll der Beschäftigte instand gesetzt werden, die Kenntnisse und Fähigkeiten zu erwerben, die erforderlich sind, um ihm einen Beruf oder eine Tätigkeit zu ermöglichen, die ihn nach Möglichkeit innerlich befriedigen, der Entfaltung seiner Persönlichkeit und seiner Fähigkeiten dienen und ihm eine gesicherte Lebens- und Existenzgrundlage gewährleisten soll, so daß ein soziales Absinken des Beschädigten vermieden wird.

In der Unfallversicherung (Paragraph 558 a RVO) sind ähnliche Bestimmungen enthalten betreffs Krankenbehandlung und Berufsfürsorge wie im BVG.

Aus allen diesen Gesetzen geht hervor, daß der medizinische Anteil an der Rehabilitation zwar bekannt ist, daß aber dem Arzt und seinen Helfern nur beschränkte Aufmerksamkeit gewidmet wird. Der Schwerpunkt der staatlich vorgeschriebenen Maßnahmen liegt auf dem an die Behandlung anschließenden beruflich-sozialen Anteil der Rehabilitation. Es soll unter allen Umständen vermieden werden, daß der Rehabilitierte in der gesellschaftlichen Rangordnung einen niedrigeren Platz einnimmt als den, welchen er früher innegehabt hat.

3. Abgrenzung der Rehabilitation gegen die Therapie

Einigen Autoren ist der Begriffsinhalt der Rehabilitation so unklar, daß sie ihn teilweise sogar mit Therapie gleichsetzen (OETZMANN, MILARK, VASTERLING u.a.m.). Am deutlichsten zeigt dies das Beispiel von STUHLFAUTH und FROST, die eine Arbeit betitelten: "Medikamentöse Rehabilitation und Behandlung der Hypotonie mit Steroidhormonen". Es scheint daher nötig, kurz auf dieses Problem einzugehen.

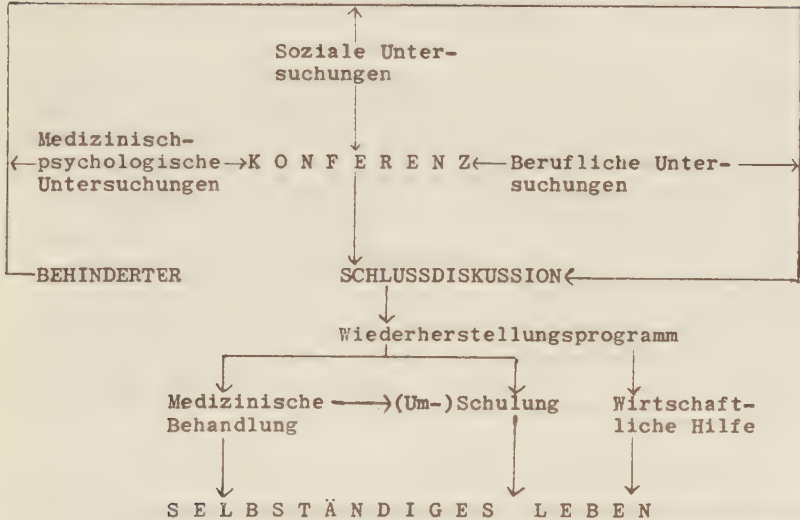
Die Rehabilitation besteht aus drei Komponenten: a. der medizinischen Heilung einer Krankheit, b. der beruflichen und c. der gesellschaftlichen Wiedereingliederung. Die Heilung im medizinischen Sinne ist die Folge der Therapie, welche dem Patienten durch den Arzt verordnet wurde und durch ihn und das ärztliche Hilfspersonal ausgeführt wurde. Heilung heißt Beseitigung der Krankheitsursache und eine wenigstens funktionelle Restitutio ad integrum. Es können

aber trotz einer Heilung im medizinischen Sinne berufliche und / oder soziale Schwierigkeiten bestehen bleiben, die durch entsprechende Maßnahmen beseitigt werden müssen. Erst wenn der berufliche und / oder der soziale Anteil noch hinzukommt, kann man von Rehabilitation sprechen.

4. Zusammenfassung

Aus allem bisher Erwähnten läßt sich entnehmen, daß zwar sehr viel über Rehabilitation gesprochen und geschrieben wurde und wird, daß jedoch nur einem Teil der Autoren die große Spannweite des Begriffes bewußt ist. Am besten läßt sich wohl sagen, daß die Rehabilitation alle Maßnahmen umfaßt, welche direkt oder auch indirekt der Eingliederung oder Wiedereingliederung von Menschen mit angeborenen oder erworbenen Behinderungen ins normale Leben dienen oder welche für die Erhaltung der Erwerbsfähigkeit bei unmittelbar drohender Invalidität nötig sind. Sie sollen am besten von einem Rehabilitationsteam festgelegt werden, das aus den Vertretern aller nötigen Spezialfächer besteht, welche in gemeinsamer, konzentrierter und koordinierter Arbeit nur das eine Ziel vor Augen haben, nämlich den Körperbehinderten so vollständig als es im Einzelfall möglich ist, in medizinischer (i.e. in physischer und psychischer), in sozialer und in wirtschaftlicher Hinsicht unter seiner aktiven Mitarbeit wiederherzustellen, so daß er wieder als freier und unabhängiger Mensch den ihm gebührenden Platz im Leben einnehmen kann.

Das Ganze läßt sich auch in einem Schema darstellen
(nach NORO, abgeändert) :



Der Pfeil stellt den Weg des Behinderten dar im Laufe eines Rehabilitationsverfahrens. Auf den Patienten wirken die verschiedenen Untersuchungen ein. Die Resultate dieser Untersuchungen werden auf einer Konferenz besprochen und anschließend wird zusammen mit dem Behinderten der Weg des Rehabilitationsverfahrens festgelegt und jenem die in Aussicht genommenen Maßnahmen erläutert. Das Wiederherstellungsprogramm schließt außer der medizinischen Behandlung und der Schulung bzw. Umschulung auch die wirtschaftliche Betreuung ein. Nach Abschluß dieser gesamten Maßnahmen wird der dann ehemals Behinderte wieder in das freie, selbstverantwortliche Leben entlassen.

III. REHABILITATION IM ENGLISCHEN SPRACHBEREICH

I. Einleitung

Während in Europa schon in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts sowohl von privater Seite aus an einigen Orten Versuche unternommen wurden, welche wir heute als teilweise sogar beispielgebende Rehabilitationsmaßnahmen ansehen, als auch vom Gesetzgeber zum mindesten Verordnungen erlassen wurden, welche sich mit der Wiedereingliederung Körperbehinderter beschäftigten, geschah nichts irgendwie Vergleichbares in den Vereinigten Staaten von Nordamerika. Um die Jahrhundertwende begannen die ersten privaten Einrichtungen mit ihrer Arbeit. Sie hatten jedoch meist den Charakter von Pflegeheimen.

Im Jahre 1917 wurde als eine der ersten Einrichtungen zur Wiederherstellung und Wiedereingliederung von Körperbehinderten in das Berufsleben das Red-Cross-Institute for the disabled gegründet. Allerdings wurde auf die physische Herstellung der Kriegsverletzten weniger Wert gelegt. Mit Ausnahme einer Abteilung, welche die Behinderten mit Prothesen versorgte, lag das Hauptgewicht auf der Berufsausbildung und der Anpassung der Schwerbeschädigten an das Erwerbsleben. Formell begann die Rehabilitation als öffentliche Aufgabe in den USA erst 1919 mit der Errichtung der staatlich geförderten Rehabilitation Clinic in Newark, N.Y.

2. Gesetzesgrundlagen

Unter dem Eindruck der vielen Körperbehinderten, die als Folge des Kriegseintrittes der USA anfielen, und welche versorgt werden mußten, billigte der Kongress 1918 ein Programm mit Hilfsmaßnahmen für Körpergeschädigte Veteranen und Zivilisten, nach welchem bis 1928 gearbeitet wurde. Diese Maßnahmen wurden 1920 durch die Smith-Fess-Act ergänzt. Dieses Gesetz bildete die erste gesetzliche Grundlage für die Unterstützung von Rehabilitationsmaßnahmen für körperbehinderte Personen des zivilen Sektors. Es sicherte vor allem die allgemeine Beratung, die Berufsberatung, berufliche Ausbildung und Umschulung, Bereitstellung orthopädischer Hilfsmittel und die Arbeitsvermittlung. Dem medizinischen Anteil der Rehabilitation kam nur eine untergeordnete Rolle zu. In den folgenden Jahren wurde dieses Programm laufend erweitert und verbessert. Vor allem stiegen die geldlichen Zuwendungen des Bundes. Durch die Social-Security-Act vom Jahre 1935 wurde das Fortbestehen obiger Maßnahmen gewährleistet. Der Kongress genehmigte die Fortsetzung der jährlichen Subventionen auf unbegrenzte Zeit. Außerdem wurde der jährliche Zuschuss der Bundesregierung auf 2 Millionen Dollar, bisher 1 Million, erhöht. 1939 wurde der Social-Security-Act noch verbessert und gleichzeitig der Zuschussbetrag auf 3,5 Millionen erhöht. 1943 wurde die Durchführung der beruflichen Rehabilitation, hauptsächlich aus national - ökonomischen Gründen, vom Kongress für die Beschädigten des zweiten Weltkrieges angeordnet. Das Ziel war, den Behinderten durch entsprechende Hilfsmaßnahmen auf einen Beruf vorzubereiten, dessen Anforderungen er trotz seiner körperlichen Einbuße gewachsen war, durch welchen er

wirtschaftlich wieder unabhängig wurde und ihm dadurch erlaubte, wieder seinen Platz in der Gesellschaft einzunehmen. Diese Maßnahmen wurden später auf die Kriegsbeschädigten der Jahre 1950 bis 1955 ausgedehnt.

Die Erfahrungen der amerikanischen Streitkräfte während des zweiten Weltkrieges, die sich bemüht hatten, durch Rehabilitationsmaßnahmen wieder Soldaten in den Dienst zu bekommen und die Erkenntnisse der Arbeitgeber, daß bei Arbeitskräftemangel auch Körperbehinderte an einem für sie geeigneten Platz eine der eines Gesunden ebenbürtige Arbeit leisten können, beeinflussten und beschleunigten auch die Entwicklung auf dem zivilen Sektor. Das Ergebnis war die Barden-La Folette-Act 1943, ein Zusatzgesetz zur Durchführung von Rehabilitationsmaßnahmen für behinderte Zivilpersonen, welches wesentliche Verbesserungen beinhaltete. Insbesondere konnten seitens der Bundesregierung jetzt Zuschüsse gewährt werden zu den Kosten für ärztliche Behandlung, fachärztliche Leistungen, Physio- und Beschäftigungstherapie, Pflege- und nachgehende Fürsorge auf der Basis 1:1. Die bei den einzelnen Staaten entstehenden Verwaltungskosten wurden von ihr ganz übernommen, ebenso die Aufwendungen für Berufsberatung und Arbeitsvermittlung. Auch wurde ein Sonderprogramm für Blinde aufgestellt. Ebenfalls wurden die Zivilrehabilitation und die Rehabilitation der Veteranenverwaltung durch Zusatzgesetze vereinigt. Als federführende Stelle für sämtliche Rehabilitationsangelegenheiten wurde im Bundesministerium für Gesundheit, Erziehung und Wohlfahrt des Office of Vocational Rehabilitation errichtet. Mit dem Law Nr. 565 des 83rd Congress vom 3.8.1954 wurden die bisherigen Verordnungen gesichert. Im gleichen Jahr erließ der

Kongress ein Gesetz über medizinische Bauten und Einrichtungen, das die Errichtung neuer Rehabilitationszentren ganz besonders förderte und diverse Zusatzgesetze zum Social-Security-Act. Sie stehen praktisch alle mit dem Gesetz Nr. 565 in Verbindung und schließen Maßnahmen ein, welche die Verstärkung des die ganze Nation umfassenden Rehabilitationsprogrammes betreffen.

In der Arbeit der Unfallversorgung herrschte ursprünglich eine statische Auffassung von der Erwerbsunfähigkeit. Die ärztliche Versorgung war mit der Wundheilung beendet und als weitere Versorgungsleistungen kamen fast nur Barzahlungen in Frage. Immerhin bestimmte etwa ein Drittel der bis 1919 gebilligten Gesetze der einzelnen Bundesstaaten, daß die ärztliche Versorgung solche Hilfsmittel wie Krücken, Prothesen und ähnliche Apparate einschließen sollte. Massachusetts war 1918 der erste Staat, welcher ein Institut zur Ausbildung und zum Unterricht von Personen einrichtete, die aufgrund eines Arbeitsunfalles nicht mehr in der Lage waren, sich ihren Lebensunterhalt zu verdienen. 1919 begründeten Californien, North Dakota und Oregon ähnliche Einrichtungen. Heute existieren in den USA neben den oben angeführten Gesetzen (Smith-Fess-Act und ff.) in einigen Staaten noch Sonderregelungen, welche die Kosten der Rehabilitation und die Verantwortung für deren Einrichtungen direkt dem Staat übertragen, also nicht über das Bundesprogramm laufen lassen.

3. Vorwiegend sozial - fürsorgliche Definitionen

Ebenso wie die Gesetzgebung die Wiederaufnahme einer, wenn auch unter Umständen nur beschränkten beruflichen Tätigkeit als das Endziel der Rehabilitation sieht, tragen auch die Mehrzahl der Definitionen durch amerikanische Autoren den Hauptakzent auf der beruflich - sozialen Seite. So definierte EISERT die Rehabilitation als die soweit als möglich gehende körperliche Wiederherstellung eines Behinderten mit Wiedereingliederung in seinen Beruf, die Gesellschaft und die Familie. KAHNE versteht unter Rehabilitation die Wiedereingliederung eines chronisch Kranken in die Familie, Arbeit und in das allgemeine soziale Gefüge. HOWELL dehnt den Begriff auf die Geriatrie aus: durch die Rehabilitation soll als unheilbar betrachteten alten Leuten neuer Lebensmut und durch geeignete Therapie etwas Besserung gegeben werden, wodurch sie wieder einen erweiterten Lebenskreis erhalten sollen. Laut BOYLE kann man unter dem Begriff der Rehabilitation alle die Vorgänge zusammenfassen, welche einen durch Krankheit oder Unfall körperlich oder geistig oder seelisch geschädigten Menschen soweit wieder herstellen sollen, daß der Behinderte wieder in das normale Leben, zu seiner Familie, in die Gesellschaft und in den Beruf zurückkehren kann. Das Hospital Council of Greater New York stellt ausdrücklich fest, daß die Behandlung eines Patienten nicht auf die Heilung der unmittelbaren Krankheits- oder Unfallfolgen beschränkt ist, sondern daß sie die Rehabilitation des Patienten mit einschließen muß. Man muß ihn zu der bestmöglichen körperlichen Leistungsfähigkeit und auf das höchste psychische, soziale und berufliche Niveau bringen, dessen er fähig ist.

Nach HITTMAIR bedeutet Rehabilitation die Wiederversetzung einer behinderten Person in den bestmöglichen körperlichen, geistigen, beruflichen und sozialen Stand, den diese unter Ausnutzung der verbliebenen Möglichkeiten erreichen kann.

LOWMAN, LEE und RUSK verstehen unter der Rehabilitation die Wiederanpassung des Patienten an das Leben in der Gesellschaft und die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Sie machen darauf aufmerksam, daß diese einerseits im Rahmen und unter Beachtung der Konsequenzen der Schädigung zu geschehen hat, daß andererseits aber auch die dem Behinderten verbliebenen Fähigkeiten auf das bestmögliche ausgenützt werden müssen, um dem Patienten eine gesellschaftliche und berufliche Stellung zu verschaffen, die der vorher innegehabten möglichst ebenbürtig ist. SELDON definiert die Rehabilitation als die Rückkehr eines Behinderten in das Leben in der menschlichen Gesellschaft soweit als es ihm seine Behinderung erlaubt. Darin eingeschlossen sind soziale und Erholungsbeihilfen und Arbeitsbeschaffung. Das heißt, daß der Schwerpunkt einer Rehabilitation auf die Ausnützung und Ausweitung der Fähigkeiten zu legen ist, deren der Behinderte sich noch bedienen kann. Im Laufe einer Rehabilitation haben seiner Ansicht nach folgende Schritte zu erfolgen: Genaue Diagnose, Abschätzung der verbliebenen Funktionsmöglichkeiten, der Lebens- und Arbeitsaussichten, Beseitigung jeglicher psychischer und sozialer Faktoren, welche die Rehabilitation hemmen könnten und die Beschaffung eines geeigneten Arbeitsplatzes nach Beendigung der Rehabilitation. Die Tatsache, daß der Endzweck der Rehabilitation im Allgemeinen in einer Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit gesehen wird, kommt auch in dem Vorhandensein des Begriffes

"Vocational Rehabilitation" zum Ausdruck. Wenn man "Vocational Rehabilitation" mit "Beruflicher Rehabilitation" übersetzt, so wird damit im Grunde nicht alles erfasst, was in diesem Begriff liegt. Vocational Rehabilitation schließt alle Maßnahmen ein, die erforderlich sind, um einen aus gesundheitlichen Gründen in seiner Erwerbsfähigkeit eingeschränkten Menschen wieder in die Lage zu versetzen, einer lohnbringenden Tätigkeit nachzugehen. Es handelt sich also um einen Komplex ineinandergreifender Maßnahmen, von denen jede nur als ein Glied einer Kette anzusehen ist, deren Anfang beim Eintritt des Schadens- oder Krankheitsereignisses liegt und deren Ende mit der Unterbringung des Behinderten an einem Arbeitsplatz gegeben ist. In dem Wort "Vocational" soll zum Ausdruck gebracht werden, daß alle im Rahmen eines Rehabilitationsprogrammes zu ergreifenden Maßnahmen auf das Ziel der Wiedereingliederung in das Erwerbsleben gerichtet sind und sein müssen. Dazu gehören sowohl rein medizinische Maßnahmen (ausgenommen die ärztliche Behandlung eines akuten Krankheits- oder Unfallzustandes), die Beschaffung oder Anpassung von Hilfsmitteln, Übungsbehandlung, berufliche Umschulung und Ausbildung, wie auch soziale Wiedereingliederung, Arbeitsvermittlung und auch finanzielle Zuschüsse an Institutionen, welche sich mit Rehabilitationsmaßnahmen befassen. "Vocational Rehabilitation" ist gewissermaßen zum Standardbegriff dessen geworden, was auf dem Gebiet der Rehabilitation behinderter Zivilpersonen von Seiten der Bundesregierung und der einzelnen Staaten in den USA geschieht.

4. Vorwiegend medizinische Definitionen

Andere Autoren lassen zwar der medizinischen Komponente der Rehabilitation größeren Spielraum, aber auch bei ihnen kommt mit wenigen Ausnahmen die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit als eines der Endziele der Rehabilitation vor. ROSENAU gliederte die Rehabilitation auf in Vorbeugung, medizinische Diagnose und Feststellung der voraussichtlichen beruflichen Einschränkung, Behandlung, Krankenhaus- und Genesungspflege, unter Umständen besondere Schulung, berufliche Wiedereingliederung und nachgehende Fürsorge. Das letzte Ziel der physischen Wiederherstellung des Behinderten ist nach ROSENAU die erfolgreiche soziale und berufliche Wiedereingliederung. COULTER definierte die Rehabilitation als die Gesamtheit aller Maßnahmen, die einen Körperbehinderten soweit als möglich körperlich und geistig wieder herstellen, seinen Lebensmut von neuem heben und ihn schließlich entweder in seinen alten oder, falls das nicht mehr möglich sein sollte, nach einer Umschulung in einen neuen Beruf entlassen. Dadurch würde gleichzeitig auch die Wiedereingliederung in die Gesellschaft erreicht. COULTER wies auf die große Bedeutung der aktiven Mitarbeit des Rehabilitanden hin und forderte das Einsetzen der ersten Maßnahmen noch während oder direkt anschließend an die Behandlung der akuten Krankheit. KABAT et al. stellen ausdrücklich die Wichtigkeit der koordinierten Zusammenarbeit von Ärzten verschiedener Fachrichtungen, Krankengymnasten, Arbeitstherapeuten, Umschulungslehrern, Arbeitsberatern und Arbeitsvermittlern fest, wodurch allein der endgültige Erfolg der Rehabilitation auf physischem, psychischem, sozialem und beruflichem Gebiet

erreicht werden kann. Allerdings ist die aktive Mitarbeit des Behinderten unerlässlich und von entscheidender Bedeutung. Nach SCHINDEL ist die Rehabilitation die zur Genesung führende ärztliche Behandlung, des weiteren die Leistung einer Unterhaltsbeihilfe während der Arbeitsunfähigkeit und die Rückführung in die Arbeit. Die Rehabilitation gliedert sich nach seinen Angaben in physikalische Therapie, Beschäftigungstherapie, handwerkliche Übungstherapie und letztlich in Schulung oder Umschulung. Bei FRANK ist die Rehabilitation ein unteilbarer und ununterbrochener Vorgang, der bereits bei den ersten Anzeichen einer Erkrankung oder unmittelbar nach einer Verletzung beginnt und der sich über die ersten zu ergreifenden Maßnahmen, sowie die anschließende Behandlung bis zur Nachbehandlung erstreckt, und der zum Ziel die Rückführung des Patienten in seine soziale Sphäre und die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess hat. Dem Arzt soll die Durchführung und Überwachung dieses Vorganges sowie die Verantwortung für das Ineinandergreifen der einzelnen Stadien anvertraut sein. KESSLER betrachtet die Rehabilitation zunächst als eine rein medizinische, d.h. über die physische und psychische Behinderung des Patienten hinausgehende Aufgabe, zu der dann die berufliche, wirtschaftliche und gesellschaftliche Wiedereingliederung des Behinderten hinzukommt. Auch er möchte den ganzen Ablauf des Rehabilitationsvorganges von ärztlicher Seite gesteuert wissen. Auch RUSK fordert dies, wenn er anstelle des Begriffes der Rehabilitation im medizinischen Sinne die Formulierung eines dritten Stadiums der ärztlichen Fürsorge für den Patienten gebraucht wissen will.

Der Jahresbericht des Baruch Committee on physical medicine and rehabilitation 1949 fasst den Begriff der Rehabilitation sehr großzügig, wenn es sagt, daß durch sie ein Leben ermöglicht werden soll, welches aus dem vorhandenen Schaden das bestmögliche macht und das dem Behinderten die Möglichkeit gibt, mit Nichtbehinderten auf der gleichen Stufe zu stehen. Gemäß STREET hat die Rehabilitation das Ziel, dem Behinderten soweit als nur möglich gehende Unabhängigkeit vom Pflegepersonal und Selbständigkeit zu geben, ihm eventuell die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit zu ermöglichen, auf jeden Fall aber den Lebensmut und die Lebensfreude des Patienten zu heben und wiederherzustellen. COVALT versteht unter der Rehabilitation die körperliche Wiederherstellung, Wiedererlangung verlorener Fähigkeiten, um den Behinderten soweit als möglich wieder lebensstüchtig und unabhängig vom Pflegepersonal werden zu lassen. Er weist auf die Wichtigkeit des frühestmöglichen Behandlungsbeginnes hin und auf die aktive Mitarbeit des Rehabilitanden, ohne welche alle Anstrengungen vergebens sind. Nach SOLOMON soll der Behinderte durch die Rehabilitation in körperlicher, geistiger und sozialer Hinsicht im Rahmen der ihm verbliebenen Funktionen soweit wieder hergestellt werden, daß er in seinen alten, oder nach einer Umschulung in einen neuen Beruf eintreten kann. Falls eine Arbeit nicht mehr möglich sein sollte, muß dafür gesorgt werden, daß sein Leben und das seiner Familie so weit als möglich angenehm gestaltet wird. Er muß ein gewisses Maß an physischer und sozialer Unabhängigkeit erhalten. Das Selbstvertrauen des Behinderten muß wiederhergestellt werden. All dies kann nur wohlkoordinierte Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation Beteiligten

erreicht werden. Dies auch nur dann, wenn der Behinderte selbst den Willen zur Mitarbeit hat und sich selbst nach Kräften bemüht, seine Lage zu verbessern.

Das National Council on Rehabilitation gab folgende Definition heraus: "Rehabilitation ist die Wiederherstellung des Behinderten zu der höchstmöglichen körperlichen, geistigen, gesellschaftlichen, beruflichen und wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit, die ihm zu erreichen möglich ist"

Hierzu bemerkt die Commission on Chronic Illness:

"Diese Definition bringt eine grundlegende Tatsache nicht zum Ausdruck, nämlich daß die Rehabilitation zu einer leger artis durchgeführten Behandlung gehört und eigentlich schon mit der Diagnose beginnt. Daraus ergibt sich, daß die Rehabilitation sowohl bei Personen anzuwenden ist, welche wieder berufstätig werden können, als auch bei denjenigen, deren einzige Hoffnung es sein kann, einen höheren Grad der Unabhängigkeit vom Pflegepersonal zu erreichen. Jede behinderte Person kann aus der Rehabilitation Nutzen ziehen, ganz gleich welcher Art die Behinderung auch sein möge.

5. Zusammenfassung

Wie aus allen oben zitierten Definitionen der Rehabilitation hervorgeht, liegt in den Vereinigten Staaten das Hauptgewicht der Rehabilitation auf dem Bestreben, den Behinderten wieder arbeitsfähig zu machen. Zwar wird von einigen Seiten betont, daß die Rehabilitation sowohl bei Personen anzuwenden ist, die wieder in den Arbeitsprozess eingeschleust werden können, als auch bei denjenigen, welche durch das Verfahren nur etwas größere Möglichkeiten erhalten, am Leben ihrer Familie, an kulturellen Veranstaltungen u. ä. teilzunehmen, aber durch den Gesetzgeber wurde bisher dieser Gesichtspunkt wenn überhaupt, so nur in geringem Maße berücksichtigt. Praktisch ist es heute so, daß jeder Amerikaner in den Genuss von Rehabilitationsmaßnahmen kommen kann. Voraussetzung ist nur, daß eine solche Behinderung bei ihm vorliegt, welche es ihm unmöglich macht, sich einen geeigneten Arbeitsplatz zu suchen. Andererseits muß aber auch eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess als Ergebnis eines Rehabilitationsverfahrens zu erwarten sein.

IV. REHABILITATION IM FRANZÖSISCHEN SPRACHBEREICH

1. Vorbemerkung

Im französischen Sprachbereich werden heute mehrere Begriffe mit dem gleichen Inhalt gebraucht. Zunächst existiert als Lehnwort aus dem Englischen die Rehabilitation im medizinischen, psychologischen, sozialen und beruflichen Sinne. Allerdings wird dieser Begriff selten verwendet. An seiner Stelle findet man völlig gleichwertig gebraucht :réadaptation rééducation - récupération. Besonders die beiden letzteren werden fast stets durch ein Beiwort genauer definiert (z.B. rééducation médicale, motrice, fonctionnelle, sociale, professionnelle), jedoch können diese auch der réadaptation angefügt werden.

Wenn englische oder amerikanische Autoren einen französischen Artikel schreiben, wie zum Beispiel KESSLER, HEAF, BALME, BENETT u.a., so verwenden sie stets den Ausdruck "réadaptation".

Im Gegensatz dazu gab allerdings 1944 die Tagung der Société d'Etudes scientifiques sur la Tuberculose eine Gliederung heraus, die den Begriff der "adaptation" auf jene Personen anwenden wollte, die noch krank waren und für die es galt, eine ihrem Zustand angemessene Beschäftigung zu suchen. Die "réadaptation" sollte ausschließlich die Wiederaufnahme der Arbeit von Kranken zum Ziel haben, die genügend stabilisiert waren, um als geheilt zu gelten, und die "rééducation" sollte die reine berufliche Umschulung bedeuten. Diese versuchte Trennung ist heute bedeutungslos (auch in diesem Teilgebiet der Medizin).

Zu den oben angeführten Begriffen kommen noch folgende hinzu, welche nur selten ohne erläuterndes Adjektiv gebraucht werden: reclassement (social, professionnel), réentrainement (fonctionnel, professionnel), réinsertion (sociale, professionnelle), réintégration (sociale, professionnelle). In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Ausdrücke jeweils nach dem Begriffsinhalt, welchen ihnen die einzelnen Autoren gegeben haben, geordnet angeführt werden.

2. Die Entwicklung bis 1939

Während die Gesetzgebung über die réadaptation erst zu Beginn des 20. Jahrhunderts einsetzte, wurden schon früher aus humanitären oder caritativen Gründen Wiedereingliederungsversuche unternommen. So begründete zum Beispiel der Abbé de L'EPEE 1760 die erste "école de rééducation des sourds-muets" und 1784 Valentin HAUY die erste Schule für Blinde. Diese beiden Anstalten wurden übrigens 1794 verstaatlicht und bestehen heute noch. Während des ganzen 19. Jahrhunderts geschah von staatlicher Seite aus nichts. Allenfallsige Wiedereingliederungsversuche beruhten auf privater Initiative.

1916 hatte nach DRONSART die rééducation das Ziel "refaire des hommes", d.h. den Kriegsversehrten wieder Glück zu geben und ihr Leben neu aufzubauen. Der Behandelte kann sehr oft trotz seiner Schädigung ein voll funktionsfähiger Mensch werden und würdig seinen Platz in der Gesellschaft wieder

einnehmen. Durch die Arbeit wird der Behinderte neu belebt. Er wird wieder aufgerichtet und ein freier Mensch. DRONSART forderte auch die Umschulung bei denjenigen, die nicht mehr im Stande wären, ihren alten Beruf auszuüben. Derselbe Gedanke, daß nämlich allein die Rückkehr zur Arbeit das Ergebnis der *rééducation* sein dürfe, wird auch heute von einigen Autoren vertreten, wenn auch nicht immer so ausdrücklich.

1927 eröffnete die ein Jahr zuvor gegründete *Ligue pour l'adaptation du diminué physique au travail* mehrere Ausbildungsstätten. In der Folge wurden mehrere Vereinigungen von Kranken gegründet, die sich mit Rehabilitationsproblemen befassten. Bis zum Ausbruch des zweiten Weltkrieges existierten rund zwanzig Institutionen, welche Zentren für berufliche Rehabilitation und funktionelle Wiederherstellung unterhielten. Die Mehrzahl davon war in privater Hand, nur wenige hatten das Arbeitsministerium oder die *Caisse primaire de sécurité sociale* gegründet.

Die allerersten gesetzlichen Grundlagen der Rehabilitation wurden durch ein Gesetz von 1898 gelegt, welches am 31.3.1905 verbessert wurde. Es bestimmte, daß durch Arbeitsunfälle entstandene Behinderungen durch eine Rente abgegolten werden sollten. Außerdem hatten die Unfallopfer ein Recht auf Hydro- und Mechanotherapie, ebenso auf eventuelle prothetische Versorgung. 1899 errichtete das *Département de la Seine* in Montreuil-sous-Bois ein Heim für unheilbar Kranke und Geistesschwache. Ein Gesetz vom 14.7.1905 sah für schwer- und unheilbar Kranke eine ärztliche und finanzielle Unterstützung vor. Während des ersten Weltkrieges kamen dann

die ersten unter Mitarbeit von Ärzten entstandenen Gesetze über die Wiedereingliederung heraus. Das Gesetz vom 17.4.16, verbessert durch das Gesetz vom 30.1.1923, gewährte den Kriegsverletzten Unterstützung und den Vorrang bei der Arbeitsplatzvermittlung. Ein circulaire vom Juli 1917 beschäftigte sich mit der prothetischen Versorgung der Behinderten, die durch den Staat gewährleistet wurde. Außerdem wurde jedem Behinderten das Recht auf eine körperliche und berufliche Wiedereingliederung zugestanden. Um die gleiche Zeit wurden den durch Arbeitsunfälle Beschädigten prothetische Versorgung und Beihilfen zur rééducation durch die Départementsautoritäten über die Assistance médicale gratuite zugeteilt. 1918 wurde das Centre d'appareillage und das Office national des invalides gegründet. Das Gesetz vom 2.1.1918, vervollständigt am 31.3.1918, legte fest, daß jeder Kriegsversehrte, welcher seinen Beruf nicht mehr ausüben konnte, das Recht auf Hilfe des Staates zu einer beruflichen Wiedereingliederung hat. Es sah die Errichtung spezialisierter, von den verschiedenen Ministerien und anderen interessierten Organisationen subventionierter Anstalten vor. Durch die Gesetze vom 31.3.1919 und vom 26.4.1924 erhielten neben den Kriegsversehrten und entlassenen Soldaten auch die zivilen Kriegsoffer das Recht auf eine berufliche Wiedereingliederung und eine Beschäftigung im öffentlichen und privaten Bereich. Jeder Betrieb mußte einen bestimmten Prozentsatz von Arbeitsplätzen dafür freistellen. Außerdem erhielten auch die Opfer von Berufsunfällen das Recht auf eine berufliche Wiedereingliederung und Beschäftigung im öffentlichen und privaten Bereich.

3. Entwicklung seit 1945

Der Großteil der französischen Autoren sieht in einer Rückkehr zu einer beruflichen Tätigkeit das Endziel der Rehabilitation, auch wenn sie sich nicht alle so festlegen wie NERET, bei welchem einen Behinderten rehabilitieren heißt, ihm das Recht auf ein normales Berufsleben wieder zu geben. KLOTZ gliedert die Rehabilitation in eine soweit als möglich gehende körperliche Wiederherstellung, eine Wiederaanpassung an den alten Beruf oder falls notwendig, eine Umschulung für einen neuen, und die Wiederaufnahme der Arbeit. Nach WALTHARD bedeutet die réadaptation die soweit als nur möglich gehende Herstellung oder Wiederherstellung der körperlichen, beruflichen und finanziellen (im Bezug auf seine Verdienstmöglichkeit) Normalsituation eines Menschen, der angeborene oder erworbene, körperliche oder geistige Behinderung hat. Gemäß SMAL will die réadaptation dem Beschädigten seine körperliche und berufliche Unabhängigkeit wiedergeben, soweit als es mit den verbliebenen Fähigkeiten des Behinderten vereinbar ist. Sie will ihn wieder in seine Familie und in seine soziale Umgebung einfügen. SMAL weist auf die Verminderung der finanziellen Belastung der Steuerzahler und der Krankenkassen durch eine erfolgreich abgeschlossene Rehabilitation hin. Außerdem wird durch diese der Behinderte wieder in den Arbeitsprozess eingeschleust und so selbst wieder produktiv. Bei ANCTIL schließt eine erfolgreiche récupération eine soweit als nur möglich gehende körperliche Wiederherstellung, eine berufliche Wiedereingliederung und die Rückkehr in die früher innegehabte Position in der Gesellschaft ein. Es soll trotz der vor-

handenen Behinderung eine dem Normalzustand gleichkommende Situation hergestellt werden. Auch LAFAY will, daß das Endziel der *réhabilitation* nach Abklingen der akuten Krankheits- oder Unfallfolgen und nachfolgender möglichst weit gehender Wiederherstellung der körperlichen Leistungsfähigkeit die Arbeitsvermittlung und die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit sein soll. BARMES und CHARDENON erwähnen die Wichtigkeit der Verhältnisse auf dem Arbeitsmarkt, des Interesses des Behinderten an dem vorgesehenen Beruf, falls er in seinen alten nicht mehr zurückkehren kann, seiner intellektuellen Fähigkeiten und nicht zuletzt seines körperlichen Zustandes. Die Rückgliederung in den alten Beruf ist nach ihren Angaben stets einer Umschulung vorzuziehen. GERMAIN et al. glauben, daß die erfolgreiche Wiedereingliederung von ehemals Kranken in den Arbeitsprozeß, bewirkt durch medizinische Maßnahmen und eine entsprechende Schulung oder Umschulung automatisch auch die erfolgreiche Wiedereingliederung in die Gesellschaft in sich schließt. Nach DESPEYROUX hat die *réadaptation* das Ziel, einem momentan behinderten Menschen seine vorherige Arbeit, oder, je nach seinen verbliebenen Fähigkeiten, eine neue Arbeit zu geben, die es ihm erlaubt, seinen Platz in der Gesellschaft wieder einzunehmen. Er weist auf die verschiedenen für eine *réadaptation* sprechenden Gesichtspunkte hin, als da sind: humanitäre, soziale, ökonomische und volkswirtschaftliche Gründe. Bei BROUAT hat die *réadaptation* den Sinn der Rückkehr eines Kranken oder Verunglückten, der soweit als möglich wieder hergestellt worden ist und dessen Lebensmut wiederbelebt worden ist, in seine Familie und in das Leben in der Gesellschaft. Für BROUAT ist die Arbeitsfähigkeit

des ehemals Behinderten der wichtigste Punkt der réadaptation. Außerdem macht er darauf aufmerksam, daß eine erfolgreiche réadaptation stets billiger ist, als zum Beispiel eine lebenslängliche Rente. KESSLER schreibt, daß réadaptation die Anwendung aller ärztlichen und anderer Maßnahmen bedeutet, die einem selbst sehr stark beeinträchtigten Menschen helfen können, seine Fähigkeiten so weit wie möglich zu entwickeln. Das Ziel der réadaptation ist es, diesen Behinderten wieder ein nützliches Leben zu gestatten. Ihre Familie, die Allgemeinheit und das Land sollen durch die réadaptation von der schweren Belastung befreit werden, welche die Behinderten darstellen, die nicht arbeiten können und infolgedessen hohe finanzielle Aufwendungen erfordern. Nach BALME und LEGUERINAIS hat die réadaptation das Ziel, die Gesundungszeit abzukürzen, den Behinderten moralisch, und in sozialer und beruflicher Hinsicht auf ein neues Leben vorzubereiten, seine Einschränkungen soweit als möglich zu beheben und ihm zu helfen, bis er seine höchstmögliche Leistungsfähigkeit erreicht hat und wieder im Stande ist, seinen Lebensunterhalt völlig unabhängig zu verdienen. BOUVRAIN und FORTIN legen großen Wert auf den psychologischen Effekt der Arbeitsaufnahme. Sie verhindert, daß der Behinderte sich in seine Krankheit einlebt, daß die materiellen Sorgen zu groß werden in Bezug auf seinen Unterhalt und den seiner Familie, und sie beugt einer Änderung seiner Persönlichkeit vor. Außerdem würde durch den Verdienst des Behinderten die Allgemeinheit und der Staat entlastet, da keine Rentenzahlung mehr nötig sei. VALTON definiert die réhabilitation als die so weit als möglich gehende Wiederherstellung der physischen Leistungsfähigkeit des Behinderten

unter Ausnutzung sämtlicher verbliebener Fähigkeiten. Sie schließt die Wiedereingliederung in das Berufsleben ein (sei es im ehemaligen oder in einem neuen Beruf nach der Umschulung) und dadurch die Wiedergewinnung des psychischen Gleichgewichtes und der Selbstachtung des Versehrten. Er braucht nicht mehr das Gefühl zu haben, eine Last für die Familie, die Allgemeinheit und sich selbst zu sein. Hinzu kommt die wirtschaftliche Unabhängigkeit durch die Arbeitsaufnahme und gleichzeitig auch die soziale Wiedereingliederung. Unabdingbar für alles dies ist allerdings der Wille des Patienten zur Mitarbeit und die intensive Zusammenarbeit aller an der Rehabilitation beteiligten Fachleute. Außerdem wird durch seine erfolgreiche Rehabilitation die Allgemeinheit von den zu zahlenden Renten und Pensionen entlastet. Laut TUBERY bedeutet die Wiederaufnahme der Arbeit für den Behinderten und seine Familie den entscheidenden Wendepunkt, da sie das Ende der Krankheit bedeutet. Selbst wenn die Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist, bedeutet die Rückkehr zu einer beruflichen Tätigkeit die Heilung und die Wiedereingliederung in die normale Gesellschaft. Außerdem fördert die Arbeit und der Verdienst die soziale Wiedereingliederung. Nach DUQUESNE muß man unter réadaptation die Benützung sämtlicher Mittel sehen, die dem Körperbehinderten die Arbeitsfähigkeit zurückgeben und von da aus die Möglichkeit, seinen Platz in der Gesellschaft wieder einzunehmen. Diese réadaptation setzt sich zum Ziel, den Behinderten in den physischen Zustand zu versetzen, der mit dem vor der Krankheit oder dem Unfall innegehabten identisch ist, oder ihm so weit als möglich angenähert ist.

Sie will dem Rehabilitanden sein Selbstvertrauen wiedergeben, ihm das Gefühl seiner menschlichen Würde erhalten, ihn vorbereiten, seinen alten Beruf wieder aufzunehmen, oder aber, falls das unmöglich sein sollte, einen anderen Beruf, welcher mit den ihm verbliebenen Fähigkeiten vereinbar ist. Kurz, sie will ihn wieder in den Produktionskreis einschleusen und ihm dazu verhelfen, so seinen Platz in der Gesellschaft wieder einzunehmen, den er für einige Zeit verlassen mußte. So geplant enthält die réadaptation zwei wichtige Etappen: eine erste rein funktionelle mit zwei wichtigen Leitfäden der Behandlung: dem physischen und dem psychischen; eine zweite berufliche, die entweder in einer Wiedereingliederung in das gleiche Unternehmen besteht, oder in einer Umschulung, die einen Berufswechsel in sich einschließt. Wenn diese beiden Stadien passiert sind, ist die soziale Wiedereingliederung gleichzeitig verwirklicht. Bei RATIER ist es eine der Hauptaufgaben der Rehabilitation, einem dauernden Kranksein soweit als möglich vorzubeugen. Außerdem obliegt es ihr, den Behinderten zu helfen, die physischen, moralischen und sozialen Hindernisse zu überwinden, die einer Rückkehr in das normale Leben im Wege stehen. Ein weiteres Ziel der réadaptation besteht darin, dem Behinderten alle medizinischen, beruflichen, kulturellen und sozialen Möglichkeiten zur Verfügung zu stellen, damit er sich bestmöglich an seinen eigenen Zustand und an die Stellung anpassen kann, die er noch fähig ist, in der Gesellschaft einzunehmen. Wichtig ist die aktive Mitarbeit des Versehrten, damit ihm ein möglichst aktives Leben gesichert werden kann. Nach PELE ist die rééducation im weitesten Sinne des Begriffes die Aufgabe, die es zu erfüllen gibt, um einen Kranken, einen Körperbehinderten in einen Zustand zu versetzen, der ihm ein normales

Leben ermöglicht. Man muß ihn befähigen, durch bezahlte Arbeit wirtschaftliche und soziale Unabhängigkeit zu erlangen, das heißt, man muß es ihm ermöglichen, alle Existenzfunktionen selbst wahrnehmen zu können, und ihm das Gefühl der Gleichwertigkeit mit Nicht-Körperbehinderten geben. Die *rééducation* ist die Wiederherstellung der körperlichen Gesundheit, des psychischen Gleichgewichtes und der sozialen Stellung des Individuums. Falls eine Umschulung notwendig sein sollte, muß der neue Beruf sowohl mit den verbliebenen Fähigkeiten, als auch mit den Anlagen und dem Interesse des Rehabilitanden in Einklang gebracht werden. Überhaupt muß der Rehabilitationsplan auf jeden einzelnen Patienten gesondert abgestimmt werden.

Von den oben genannten Definitionen weichen die folgenden Autoren insofern ab, als sie die *réadaptation* auch bei Personen angewandt wissen wollen, welche durch die Rehabilitation zwar nicht mehr arbeitsfähig werden können, die aber wieder von Pflege unabhängig werden und wieder am Leben ihrer Umgebung teilnehmen können. So z.B. CONTET, der eine körperliche, geistige und soziale Wiederherstellung der Behinderten forderte, um ihnen ein Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen. HULLIN-VEY versteht unter *réadaptation* möglichst weitgehende funktionelle Wiederherstellung des Zustandes, in dem sich der Kranke vor dem Eintritt seiner Behinderung befand. Auch müssen seine intellektuellen Fähigkeiten wieder auf den früheren Stand gebracht werden. Außerdem muß man ihn vorbereiten, ins normale Leben zurückzukehren und dort den Platz in der Gesellschaft, in der Familie und, falls noch möglich, im Beruf einzunehmen, den ihm seine verbliebenen Fähigkeiten noch einzunehmen gestatten.

PIERQUIN verlangt, daß die réadaptation an allen Bevölkerungs-
teilen und an allen Kategorien von Kranken vorgenommen wird.
Sie muß ohne Unterbrechung vom Unfall bis zur Wiederaufnahme
der Arbeit oder wenigstens bis zur Unabhängigkeit des Behin-
derten durchgeführt werden. Gemäß OTTINGER ist die réadap-
tation weder eine rééducation im Sinne einer beruflichen Um-
schulung noch eine Verminderung der Arbeitsunfähigkeit, ihre
Hauptaufgabe ist vielmehr die Wiederherstellung des körperli-
chen und moralischen Zustandes, in dem sich der Behinderte
vor seiner Krankheit oder seinem Unfall befunden hat. Am
Schluß dieser Behandlung muß jede Spur von körperlicher oder
psychischer Behinderung ausgelöscht oder jedenfalls soweit
verringert sein, daß jedes Unterlegenheitsgefühl des Ver-
sehrten gegenüber seiner Familie und der Gesellschaft aus-
geschaltet ist. Der Körperbehinderte muß sein Selbstvertrauen
wiedergewinnen. MAURY versteht unter rééducation die Wie-
derherstellung eines der Gesundheit soweit als möglich nahe-
kommenden Zustandes des Körpers, das Training der verbliebe-
nen Funktionen, den Versuch, verlorengegangene wiederzuge-
winnen, und den soweit als möglich gehenden Ausbau und die
Ausnützung der verbliebenen Fähigkeiten, um dem Behinderten
zum mindesten ein unabhängiges Leben zu ermöglichen.
MERLE D'AUBIGNE weist darauf hin, daß man von den Tagen an,
die auf die Erkrankung des Patienten folgen, bis zur end-
gültigen Heilung den Behinderten aktiv teilnehmen lassen
muß an allen Rehabilitationsmaßnahmen, am besten dadurch,
daß man ihm alles erklärt und zeigt, was er selbst zu seiner
Gesundung beitragen kann. Auch TERRIER erachtet neben allen
ergriffenen Maßnahmen zur Rehabilitation eines Behinderten
dessen aktive Mitarbeit für außerordentlich wichtig, ganz

gleich, auf welchem Gebiet die Schädigung liegt. FUCHS weist auf die unbedingt notwendige Individualisierung sämtlicher Rehabilitationsmaßnahmen hin. GARCIN, BENASSY und BENETT machen darauf aufmerksam, daß die réadaptation sofort nach dem Abklingen der akuten Krankheitserscheinungen einsetzen muß und daß eine wirklich erfolgreiche rééducation nur dann möglich ist, wenn alle an ihr Beteiligten zusammenarbeiten und alle Phasen direkt aneinander anschließen, damit keine Zeit verloren wird und nicht womöglich ein Teil der bisher erzielten Ergebnisse wieder zunichte wird. LAGROUA fordert, daß die réadaptation sich nicht nur auf alle organisch feststellbaren und behebbaren Krankheiten und Behinderungen beschränken soll, sondern daß sie sich auch um alle die Schädigungen kümmern soll, welche die klassische Medizin gekannt und behandelt hat, welche sie aber späterhin sich selbst überlassen hat, so vor allem sämtliche Altersbeschwerden. Nach ARRIGHI et al. ist die réadaptation eine medizinische Disziplin, die vorhat, den Verletzten oder Kranken in einen physischen und sozialen Zustand zu versetzen, der dem vor dem Unfall oder der Erkrankung innegehabten ähnlich oder gleich ist. Die ganzen Rehabilitationsmaßnahmen müssen individualisiert werden. Der Kranke muß zur aktiven Mitarbeit angeregt werden, um in das Leben zurückkehren zu können. Man muß ihn dazu bringen zu arbeiten, um zu gesunden oder um wenigstens die Behinderung zu begrenzen und zu kompensieren. Der Kranke muß die Unabhängigkeit wiedergewinnen, die er durch den Unfall oder die Krankheit verloren hatte. Außerdem muß man ihm helfen, die psychischen Schäden, die im Gefolge jeder schweren physischen Einbusse auftreten, zu überwinden.

Einige haben sich speziell mit der Frage der réadaptation bei Kindern befasst. Mehrere schlagen vor, anstatt Wiederanpassung nur den Begriff Anpassung zu verwenden. So zum Beispiel CAUVY und MATHA, die für Kinder angeborenen Behinderungen anstelle von rééducation den Ausdruck éducation benutzen. Auch PELE will bei connatalen Schäden eher éducation als rééducation gebraucht wissen. Er will, daß diese Kinder, wenn nicht eine normale, so zumindest eine annehmbare Existenz erreichen. FEVRE schreibt, daß der Begriff der réadaptation auf Kinder angewandt nicht immer exakt ist, da diese réadaptation in Wirklichkeit eine adaptation ist, eine besondere Erziehung und Schulung, da es sich häufig ja um angeborene Behinderungen handelt. Wenn also das Wort "réadaptation" verwendet würde, so gebrauchte man es in einem wesentlich großzügigeren Sinne als es sonst üblich sei.

Auch bei diesen Autoren lassen sich in den Begriffsbestimmungen dieselben Unterschiede nachweisen wie bei den vorstehend zitierten. Teils wird die spätere Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als das Endziel der réadaptation gesehen, teils die Möglichkeit, in der Zukunft ein annähernd normales Leben zu führen, was aber nicht unbedingt die Arbeitsfähigkeit bedeuten muß. Laut HEUYER handelt es sich bei der récupération weniger um eine physische Erziehung, als um das Herausarbeiten der verschiedenen körperlichen und psychischen Fähigkeiten. Diese Entwicklung benötigt die Mitarbeit der Intelligenz, der Aufmerksamkeit, des Willens, des Gefühls, das heißt der gesamten Persönlichkeit. Ihr Ziel ist eine mehr oder weniger spezialisierte Arbeit gemäß der Eignung des Betreffenden, die es ihm später gestattet, einen Beruf zu wählen, ihn auszuüben und den

Lebensunterhalt zu verdienen. Bei FEVRE gehören zu einer erfolgreichen réadaptation beim Kind die Herstellung eines der Norm möglichst nahe kommenden körperlichen und geistigen Zustandes, Erziehung und Schulunterricht, manchmal Sprachunterricht, und unter gewissen Umständen auch Arbeitstherapie. Dagegen spielt für ihn die berufliche Anpassung beim Kind nur eine untergeordnete Rolle. Bei jedem Kind muß gesondert vorgegangen werden. DIFFRE versteht unter der rééducation bei Kindern die Wiederherstellung des natürlichen Gleichgewichtes oder, falls dies nicht möglich ist, eines Zustandes, der der Norm so weit als möglich nahe kommt. CAHUZAC sieht das Ziel jeder rééducation in dem Versuch, aus dem Kind einen soweit als möglich normalen Erwachsenen zu machen, der wie ein Normaler lebt unter den anderen Normalen. Man muß also während der ganzen Dauer der rééducation dem jungen Kranken als Behandlung einen Lebensmodus geben, der soweit als möglich dem normalen Leben gleichkommt. Um dies zu erreichen, müssen zwei Faktoren, die außerhalb des ärztlichen Bereiches liegen, beachtet werden: der affektive und der Erziehungsfaktor. Was den ersteren anbelangt, so muß das Kind so viel wie nur irgend möglich in der Familie leben. Gerade in der Kindheit sind die gefühlsmäßigen Beziehungen zu den Familienangehörigen absolut notwendig; bei deren Fehlen kann das Kind einen psychischen Schaden für das ganze Leben davontragen. Man muß außerdem verhindern, daß die Kinder sich von normalen Kindern absondern. Was den zweiten Faktor angeht, so ist eine wahre rééducation ohne Erziehung nicht denkbar. Hand in Hand mit der medizinischen Angleichung an die Norm muß eine schulische Erziehung vor sich gehen. Wichtig ist auch eine

geeignete Ernährung, die sehr stark das Gelingen der réadaptation fördern, oder widrigenfalls hemmen kann. GROSSIORD und THIEFFRY weisen ebenfalls auf die Wichtigkeit der Familienatmosphäre und der aktiven Anteilnahme der Familie an der rééducation für das Kind hin, da dieses mehr als jedes andere des Gefühles der Geborgenheit und Sicherheit bedarf. DUBOIS und LESCHANOWSKI betrachten die Eingliederung in die Familie, die Beseitigung eventueller physischer und psychischer Schäden und das Einholen des körperlichen Alters durch das geistige als die Hauptaufgabe der réadaptation beim Kind, um diesem für die Zukunft ein normales Leben zu ermöglichen.

Durch die Ordonnances vom 19.10. und 29.12.1945 wurden die Gesetze vom 31.3.1919, 26.4.1924, 14.5.1930 ausgedehnt auf alle Sozialversicherten, die nach einem Unfall oder einer Krankheit ihre alte Beschäftigung nicht mehr aufnehmen konnten. Außerdem wurden diese Gesetze ausgedehnt auf alle Tuberkulosekranken, selbst wenn sie nicht sozialversichert sind. Dies wird durch die Ordonnances vom 19.10.1945 und 6.1.1960 festgelegt. Durch das Décret vom 29.11.1953 erhalten alle alten Kranken, die noch in der Lage sind, eine wie auch immer geartete berufliche Tätigkeit auszuüben, diese Rechte. Das Gesetz vom 23.11.1957 mit seinen in den folgenden Jahren erlassenen Ausführungsbestimmungen bildet den vorläufigen Abschluss dieser Rehabilitationsgesetzgebung. Sein Ziel ist die Beschäftigung der größtmöglichsten Zahl von Arbeitern unter den bestmöglichen Bedingungen, falls notwendig unter Aufbietung sämtlicher Rehabilitationsmöglichkeiten. Es sichert das Recht auf Arbeit aller behinderten Personen, die noch fähig sind, irgendeiner Beschäftigung nachzugehen.

Die Mehrzahl der französischen Autoren sieht ebenso wie der Gesetzgeber die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit als das Endziel der réadaptation an. Bei einer zusammenfassenden Betrachtung ergibt sich folgende Begriffsbestimmung:

Sowohl bei angeborenen wie auch bei erworbenen Behinderungen muß zunächst die körperliche Einbuße rückgängig gemacht werden oder jedenfalls soweit kompensiert werden, daß der Behinderte ein unabhängiges Leben führen kann. Außerdem müssen vorhandene psychische Defekte soweit als möglich wieder ausgeglichen werden; man muß dem Behinderten das Gefühl der Gleichwertigkeit mit Nichtbehinderten geben. Der Versehrte ist in einen Zustand zu versetzen, der es ihm erlaubt, seinen Platz in der Familie, im Beruf (sei es in seinem alten oder in einem neuen nach einer Umschulung) ebenso wie in der Gesellschaft wieder einzunehmen. Dies ist nur möglich, wenn er aktiv an seiner Wiederherstellung mitarbeitet. Für jeden Behinderten muß ein eigener Rehabilitationsplan aufgestellt werden, der unter intensiver Zusammenarbeit aller an der réadaptation Beteiligten ausgeführt wird. Leider weisen einige Autoren auf die Rentabilität der réadaptation hin, welche zwar eine angenehme Begleiterscheinung darstellt, aber nicht zum Leitfaden der réadaptation gemacht werden darf, da sonst die Gefahr besteht, daß die réadaptation nur bei Behinderten durchgeführt wird, bei denen sie sich "lohnt" und nicht auch bei jenen, welche durch die réadaptation nur einen etwas erweiterten Lebenskreis erreichen können, ohne jedoch wieder arbeitsfähig zu werden.

V. VERGLEICHENDE WERTUNG DES DEUTSCHEN, ENGLISCHEN UND FRANZÖSISCHEN REHABILITATIONSBEGRIFFES

In allen drei Sprachbereichen herrscht Übereinstimmung dahingehend, daß eine erfolgreiche Rehabilitation die so weit als nur möglich gehende Herstellung oder Wiederherstellung eines körperlichen und geistigen Normalzustandes bedeutet. Außerdem gehört dazu auch die weitestgehende gesellschaftliche und wirtschaftliche Wiedereingliederung, das heißt der Behinderte soll unter Ausnützung aller ihm verbliebenen Fähigkeiten dahin gebracht werden, daß er ein von Pflege unabhängiges Leben im Rahmen seiner Familie, der Gesellschaft und im Beruf führen kann.

Von jeder Seite wird auf die große Bedeutung der aktiven Mitarbeit des Behinderten und seiner Familie an der Rehabilitation und der Beseitigung jeglicher Unterlegenheitsgefühle des Versehrten gegenüber seinen unbeschädigten Familienangehörigen und Arbeitskollegen und Mitmenschen hingewiesen. Außerdem darf der Rehabilitand während des Ablaufes des Rehabilitationsverfahrens keine wirtschaftlichen Sorgen haben, sein Lebensunterhalt und der seiner Familie muß also gesichert sein.

Sämtliche Rehabilitationsmaßnahmen müssen auf den Einzelfall abgestimmt werden. Sie haben nach einem vorher aufgestellten und mit dem Behinderten besprochenen Plan ausgeführt zu werden. Sämtliche an ihm beteiligten medizinischen, paramedizinischen und nichtmedizinischen Fachleute haben intensiv zusammenzuarbeiten, damit kein Leerlauf entsteht

und dadurch womöglich schon erreichte positive Ergebnisse zunichte werden.

Der Personenkreis, welcher in den Genuss der Rehabilitation kommen kann, unterscheidet sich in den drei Sprachbereichen etwas. Er umfaßt im Deutschen heute praktisch alle Bevölkerungsgruppen und sämtliche Altersstufen. Im deutschen Sprachbereich wird auch dann ein Rehabilitationsverfahren empfohlen und durchgeführt, wenn keine erneute Befähigung zur Ausübung irgendeiner geregelten Erwerbstätigkeit mehr zu erwarten ist. Es reicht aus, daß der Behinderte dadurch zur Teilnahme am öffentlichen und kulturellen Leben befähigt wird. Im französischen und vor allem im anglo-amerikanischen Sprachbereich wird dagegen von der überwiegenden Mehrzahl der Autoren und vom Gesetzgeber die Wiederaufnahme einer beruflichen Tätigkeit als das Endziel der Rehabilitation betrachtet, und aufgrund dessen besonders im anglo-amerikanischen Sprachbereich bei Behinderten, welche nicht mehr erwerbstätig werden können, eine Rehabilitation nicht mehr befürwortet.

Man kann sagen, daß mit Ausnahme des zuletzt aufgeführten Punktes über den Begriff der Rehabilitation, ihren Anwendungsbereich und ihre Durchführung keine wesentlichen Unterschiede in den drei Sprachbereichen bestehen. Im Bezug auf das Endziel sollte man sich noch einigen, und zwar dahingehend, daß auch den Behinderten noch ein Rehabilitationsverfahren gewährt werden sollte, deren einzige Hoffnung es sein kann, durch die Rehabilitation wieder eine größere Unabhängigkeit von Pflege und einen etwas erweiterten Aktionsradius zu erhalten.

Herrn Prof. Dr.med. H. von Braunbehrens danke ich für
die Überlassung des Themas ergebenst.

Herrn Priv. Doz. Dr.med. H. Drexel möchte ich für die
unterstützenden Ratschläge bei der Anfertigung der
Arbeit herzlich danken.

VI. LITERATURVERZEICHNIS

DEUTSCHLAND

- Amelung-Evers: Handbuch der Bäder- und Klimaheilkunde,
Friedrich-Karl-Schattauerverlag, Stuttgart
1962, S. 899, 908, 909, 1029
- ArVNG, AnVNG: vom 23.2.1957
- Augustin: Die kgl. preussische Medizinalverfas-
sung Bd. IV, Potsdam 1828
- Ausschuss für Le- der Deutschen Zentrale für Volksgesund-
bensertüchtigung: heitspflege 1958, zit. nach: Jochheim:
Arbeit und Gesundheit,
Neue Folge Heft 64, 1958
- Behrends und Archiv für Physikalische Therapie 10,
Santana-Carlos: 1958, S. 78 ff.
- Bock: Deutsche Med. Wochenschrift 88/44, 1963
S. 2121
- Braunbehrens: in: Rehabilitation, Schriftenreihe der
Medizinisch Pharmazeitischen Studienge-
sellschaft E.V. Heft 2/3, 1965
Umschauverlag, Frankfurt a.Main S.183,184

- Buss, Ritter von: System der gesamten Krankenpflege nach den Werken des R. von Girardo und nach eigenen Ansichten, zit. nach: Dierkes, Bundesarbeitsblatt 24, 1960, S. 778
- BVG: Paragraph 25, Abs. 1
- Christian: Med. Welt 1960, S. 2048/49
- Delius: Med. Welt 1960, S. 2049
- Deschwanden, von: Schweiz.Med. Wochenschrift 91/1961, Nr. 23, S. 702
- Dierkes: Bundesarbeitsblatt 24, 1960, S. 779
- Dybowski: Zschr. f. angew. Bäder- und Klimaheilkunde 2, 1955, S. 167 ff.
- Ehalt: Wiener Med. Wochenschrift 1942, S. 539 ff.
- Ehalt und Walther in: Berghoff-Gerfeld: Taschenbuch der Prophylaktischen Medizin, Karl F. Haug-Verlag, Mannheim 1955, S. 297
- Frank, E.: Wiener Klin. Wochenschrift 68, 1956, S. 526
- Gercke, W.: Prävention, Rehabilitation, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit. Werkverlag Dr.E. Banaschewski, 1958

- Gesundheitswesen, das öffentliche: Bd. IV A, S. 193 ff.,
S. 205 ff., S. 344 ff.
- Hadorn: Lehrbuch der Therapie, 1963, S. 163 ff.
- Hagen, W. und Gesundheitsfürsorge
E. Schröder: Georg-Thieme-Verlag 1962
- Hittmair : Zschr. f. angew. Bäder- und Klimaheilkun-
de 8, 1961, S. 522 ff.
- Hochrein, Archiv für Physikalische Therapie 10,
Schleicher: 1958, S. 104 ff.
- Hollmann: Archiv für Physikalische Therapie 10,
1958, S. 142
- Hopmann: Med. Welt 1937, S. 580 ff.
- Hoske: Zschr. f. angew. Bäder- und Klimaheil-
kunde 3/3, 1956, S. 313
- Internationale Empfehlung der 38. Tagung der vom Juni
Arbeitskonferenz: 1955, zit. nach: Jochheim, K.A. in:
Arbeit und Gesundheit, Neue Folge Heft 64,
1958
- Invaliditäts- und 1889 : Zschr. f. angew. Bäder- und Kli-
Altersversicherungs- maheilkunde 3/3, 1956 S. 332
gesetz :
- Kaiser, J.H.: Kurzeitung Bad Wörrishofen, 28.7. bis
4.8.1963, S. 2 ff.

- Köhler, P.: Übungstherapie bei rheumatischen Erkrankungen, Verlag von Theodor Steinkopff, Dresden und Leipzig 1938
- Kongressbericht: der 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin: Ärztliche Praxis VII/19, 1955, S. 5ff.
- Luber, F.: Körperbehindertenhilfe im Rahmen des BSHG, Verlag R.S. Schulz, München, Stand vom 15.4.1963
- Meyeringh: Rehabilitation und Kurort, Kölner Universitätsverlag 1963, zit. nach Dierkes: Ärztliche Praxis 1961 S. 1113
- Meyeringh: zit. nach Zülch: Deutsche Med. Wochenschrift 1955, S. 1495
- Milark: Zschr. f. angew. Bäder- und Klimaheilkunde 3/3, 1956, S. 333.
- Müller, E.: Über die ärztliche Nachbehandlung der Verwundeten, in: F. Kraus: Verwendungsmöglichkeiten der Kriegsbeschädigten in der Industrie, in Gewerbe und Handel, Handwerk, Landwirtschaft und Staatsbetrieben, Stuttgart 1916
- Nathusius, Wolf v.: in: Rehabilitation, Schriftenreihe der Medizinisch Pharmazeutischen Studiengesellschaft E.V. Heft 2/3, 1965
Umschauverlag Frankfurt a. Main, S. 194

- Noro, L.: Internationales Journal für prophylaktische Medizin und Sozialhygiene 1, 1957 S. 9
- Niedermayer: Zschr. f. angew. Bäder- und Klimaheilkunde 1957, S. 530
- Oetzmann: Archiv für Physikal. Therapie 1957, S.123
- Oetzmann: Gesundheitsfürsorge 9, 1959/60, S.60 ff.
- Oetzmann,
Knake,
Ullrich: Archiv für Physikal. Therapie 10, 1958 S. 124
- Oppikofer: Schweiz. Med. Wochenschrift 1961, S.679
- Ott,
Hentschel,
Keller: Schweiz. Med. Wochenschrift 1961, S.673 ff
- Paeslack, V.: zit. nach H. Selbach in Rehabilitation, Schriftenreihe der Medizinisch Pharmazeutische Studiengesellschaft E.V. Heft 2/3, 1965 Umschauverlag Frankfurt a.Main, S.119
- Pistor, M.: Das Gesundheitswesen in Preussen Bd. I, Berlin 1896
- Reichsamt des Inneren: Zusammenstellung der für die soziale Kriegsinvalidenfürsorge geschaffenen Einrichtungen, Berlin 1915
- RVO: 4. Buch: Arbeiterrentenversicherung Paragr. 1237

- Schindl: Wiener Med. Wochenschrift 110, 39 : 811
1960
- Scholz: Beihefte zum Zentralblatt für Arbeitsme-
dizin und Arbeitsschutz Nr. 5, Darmstadt
1959
- Steinmann: Med. Welt 1960, S. 2049
- Stuhlfauth, K. und MÜNchner Med. Wochenschrift 91/1961,
H. Frost: Nr. 23, S. 702
- Stutte, H. und in: Rehabilitation, Schriftenreihe der
H. Harbeier: Medizinisch Pharmazeutischen Studienge-
sellschaft E.V. Heft 2/3, 1965
Umschauverlag Frankfurt a. Main S.128
- Sweede: zit. nach Schwenkenbecher:
Beihefte zum Zentralblatt für Arbeitsme-
dizin und Arbeitsschutz Nr.5, 1959, S.53ff
- Vasterling: Beihefte zum Zentralblatt für Arbeits-
medizin und Arbeitsschutz Nr. 5, 1959,
S. 65
- Zöllner: Sozialpolitik in Deutschland Bd. 36,
Juli 1962,
Kohlhammerverlag Stuttgart, S. 5

AMERIKA UND ENGLAND

- Annual Report of Baruch Committee on physical medicine
and rehabilitation: Arch. Phys. Med. XXX/12
1949, S. 778
- Boyle: Arch. Phys. Med. XXX 1949, S. 82
- Brody: Arch. of physical medicine and rehabili-
tation 41, 1960, S. 215
- Commission on Care of the longterm patient,
Chronic Illness: Harvard University Press, Cambridge,
Mass. 1956
- Coulter, J.S.: zit. nach Handbook of Physical Medicine
1945, herausgeg. von Amer. Med. Ass.,
Chicago
- Covalt, D.A.: Annals of Internal Medicine 37/ 1952,
S- 940 ff.
- Eisert, O.: Arch. Phys. Med. XXX 1949, S. 441
- Frank, E.: Wiener Klin. Wochenschrift 68, 1956,
S. 526
- Hittmair: Zschr. f. angew. Bäder- und Klimaheil-
kunde 8, 1961, S. 522 ff.

- Hospital council of greater New York: the: Organized Home Medical Care in New York City, Harvard University Press, Cambridge, Mass., 1956, S. 288
- Howell, R.H.: Occupational Therapy 27, 1948, S. 468
- Kabat, Lowmann, Street: zit. nach Amelung-Evers: Handbuch der Bäder- und Klimaheilkunde, Friedrich-Karl-Schattauer-Verlag, Stuttgart 1962, S. 992
- Kahne, M.J.: The Psychiatric Quarterly 37/1963, Nr. 4, S. 704 ff.
- Kessler, Henry H.: Rehabilitation of the physically handicapped, New York 1947
- Kessler; Henry H.: The principles and practices of rehabilitation, Philadelphia, 1950, S. 15
- Lomey: South African Med. Journal 28, 1954, S. 711
- Lowman, Lee, Rusk: J.A.M.A. 158, 1955, Nr. 15, S. 1335
- Medical Dictionary: The British: 1961
- Pirker: Klin. Medizin. 10, 1955, Nr.5, S. 227
- RKW-Auslandsdienst: Heft 66, München, Carl-Hanser-Verlag 1958, S. 21 ff.

- Rosenau, M.J.: In Maxey, K.F.: Preventive Medicine and Hygiene, Appleton-Century-Crofts Inc., New York, 1951, S. 711, 716
- Rusk, H.A.: J.A.M.A. 140, 1949, S. 286
- Schindel: Der öffentliche Gesundheitsdienst 18, 1956, Heft 5, S. 173
- Seldon, W.: The Medical Journal of Australia Vol.II, 50/ Nr. 24, 14.12.1963, S. 982
- Solomon, W.M.: American Journal of Surgery 80, 1950, S. 722
- Street, D.M.: J.A.M.A. 156, 1954, Nr. 8, S. 753 ff.

FRANKREICH

- Anctil, Robert: Thèse Méd. Paris No. 320
- Arrighi de Casanova, J.; F. Vienne: Unveröffentlichter Bericht über die ersten 6 Monate Arbeit des Centre Départemental de Réadaptation Fonctionnelle et Motrice du Grau du Roi.
- Balmés, A.; P. Chardenon: Montpellier Médical 2, 1956, T. 50, S. 289 ff.
- Benett, A.A.: La semaine médicale 48/1955, S. 1533 ff.

- Brouat, André: Thèse Méd. Toulouse 1956 Nr.30
- Bouvrain, Y.,
P. Fotin: Sem. Hôp. Paris 8, 1959, S. 551 ff.
- Cahuzac, M.: Plan d'organisation régionale de rééducation médicale des enfants 16.2.1960 pour le ministère de la santé publique et de la population.
- Cochand, Joseph: Thèse Méd. Lyon soutenue le 9.7.1954
- Commission de ré- adaptation médicale, procès verbal de la Réunion du 16.2.1960, Ministère de la santé publique et de la population
- Commission de ré- adaptation médicale, procès verbal de la Réunion du 29.3.1960, Ministère de la santé publique et de la population.
- Coutet: Les méthodes de rééducation en thérapeutique, Vigot Frères Edit., Paris 1905
- Despeyroux, L.,
L. Brouat: Toulouse Médical 10, 1954, S. 835 ff.
- Diffre, H.: Éducation et rééducation fonctionnelle de l'enfant, G. Doin et Cie., Paris 1931
- Dronsart, Ed.: La rééducation des mutilés de la guerre, Edition spéciale de "La revue méridionale des idées", Montpellier 1916
- Dubois, R.,
H. Leschanowsky: Acta Paed. Belgica Vol. 11. Fasc. 4, 1957 S. 177 ff.

- Duquesne, R.: Thèse Méd. Lille 1957, No. 43
- Fèvre, M.: Réadaptation des enfants a l'hospital, rapport pour le ministère de la santé publique et de la population, Paris 16.2.1960
- Forgue, E.,
E. Jeanbrau: Guide du médecin dans les accidents du travail, Masson et Cie. Edit. Patis 1909
- Germain, J.,
M. Rougy,
A.Y. Faure: Le poumon et le coeur 10, 1957, S.1029 ff.
- Grossiord, A.,
St. Thieffry: Polyvalence éventuelle des centres de rééducation, rapport pour le ministère de la santé publique et de la population, Paris 29,3.1960
- Guide Néret: S. 36/37, S. 231
- Heaf, F.R.G.: La semaine médicale 1956, No. 18, S. 605 ff.
- Heuyer, G.: Arch. de Méd. Générale et Tropicale 4, 1957, S. 130 ff.
- Himaut, A.M.: Réadaptation 106, 1964, S. 6 ff.
- Hoske, H.: Arbeit und Gesundheit, Neue Folge Heft 56, Stuttgart 1955, S. 2

- Hullin-Vey, Régine: Thèse Méd. Paris 1961 No. 1118
- Jeanbrau, E.P.,
Nové-Josserand,
L. Ombredanne: Chirurgie réparatrice et orthopédique,
Masson et Cie. Paris 1920
- Jochheim, K.A.: Arbeit und Gesundheit, Neue Folge Heft 64
Stuttgart 1958, S. 13 ff
- Kessler, H.H.: La semaine médicale 41, 1955, S. 1281 ff.
- Klotz, P.L.: in L'année oto-rhino-paryngologique 1957,
Masson et Cie. Edit. Librairie Arnette
Paris, S. 161 ff
- Lafay, B.: Le reclassement social des diminués
physiques, Les Annales de Méd. Sociale,
1950, Paris, Imprimerie Chantenay.
- Lagroua, H.J.: Réadaptation fonctionnelle et rôle du
terrain en pathologie, Librairie Maloine
S.A. Paris 1958
- Lévy, Claude: Thèse Méd. Clermont-Ferrand 1958 No. 11
- Montagné, F.: Thèse Méd. Et. Montpellier 1952 No. 85
- Ottinger, Roger J.G: Thèse Méd. Strasbourg 1955 No. 7
- Parrel, G.de: in Cauvy, G., L. Matha: La rééducation
motrice, G. Doin et Cie. Paris 1938

- Pélé, Jean A.E.: Thèse Méd. Paris 1951 No. 964
- Poulizac, M.G.: Monographie de l'institut national de
Hygiène No. 10, 1956. Paris.
Herausgeg. vom ministère de la santé
publique et de la population
- Ratier, Jean A.M.M: Thèse Méd. Paris 1958 No. 553
- Smal, Guy: La rééducation des traumatisés, 1961
Ed. Desoer, Liege, Ed. Masson Paris
- Terrier: Schweiz.Med. Wochenschrift 1961, S. 668
- Tubéry, Pierre: Thèse Méd. Toulouse 1956, No. 27
- Valton, R.: Revue du Practicien 1956, T.VI, No. 16,
S. 1789 ff.
- Walthard: Schweiz. Med. Wochenschrift 1961,
S. 681 ff.

LEBENS LAUF

Am 14. Juli 1941 wurde ich als Sohn des Oberstabsarztes Dr. Werner Gruhl und seiner Ehefrau Annemarie, geb. Schoch in Heidelberg geboren. Mein Vater fiel am 9. Mai 1942 auf der Krim. Nach dem Besuch der Volksschule von 1947 bis 1951 trat ich zu Beginn des Schuljahres 1951/52 in das Humanistische Gymnasium ein. 1954 wechselte ich in das neusprachliche Bunsen-Gymnasium über, an welchem ich 1960 das Abitur bestand. Seit dem 19. April 1960 war ich an der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg immatrikuliert. Dort bestand ich im Frühjahr 1961 das Vorphysikum und zu Ende des Sommersemesters 1962 das Physikum. Seit dem Wintersemester 1962/63 war ich an der Universität München eingeschrieben. Als Hörer von Herrn Professor Dr. v. Braunbehrens erhielt ich von ihm im Sommer 1963 die Anregung zu der vorliegenden Dissertation. Zum Ende des Sommersemesters 1965 hatte ich mich zum medizinischen Staatsexamen gemeldet, welches ich am 16.12.1965 vollständig bestanden habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst und außer der angegebenen Literatur keine weiteren Hilfsquellen benutzt habe.

Ich versichere ehrenwörtlich, daß ich bisher von keiner anderen Seite ein Dissertationsthema zur endgültigen Bearbeitung erhalten habe.

Herbert Gruhl

Offset-Druck Gugel, Würzburg
Burkarderstraße 9